



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA: NFR5166 – ELABORAÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS**

**ALIXANDRA TRINDADE DOS SANTOS
CINTIA HUGEN PANATA
JANAINA REGINA SCHMITT**

**A HISTÓRIA DE VIDA DOS CLIENTES QUE SE SUBMETEM A REALIZAÇÃO DA
CIRURGIA BARIÁTRICA**

**FLORIANÓPOLIS
2009**

**ALIXANDRA TRINDADE DOS SANTOS
CINTIA HUGEN PANATA
JANAINA REGINA SCHMITT**

**A HISTÓRIA DE VIDA DOS CLIENTES QUE SE SUBMETEM A REALIZAÇÃO DA
CIRURGIA BARIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso, referente à disciplina: Elaboração de Projetos Assistenciais – NFR 5166, da 7ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Profª. Drª. Maria Itayra Padilha

**FLORIANÓPOLIS
2009**

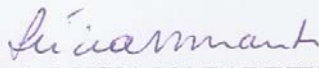
ALIXANDRA TRINDADE
CINTIA HUGEN PANATA
JANAINA SCHMITT


A HISTÓRIA DE VIDA DOS CLIENTES DOS CLIENTES QUE SE SUBMETEM A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA


Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido **na 8ª fase**, na disciplina INT 5162 - Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora


PROFA. DRA. MARIA ITAYRA PADILHA
Presidente


PROFA. DRA. LUCIA NAZARETH AMANTE
Membro


ENFA. MONIQUE MENDES MARINHO
Membro


ENFA. MSC. LUCIARA FABIANE SEBOLD
3º Membro

Florianópolis, de de 2009.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Disciplina: INT 5162 – Estágio Supervisionado II
Parecer Final do Orientador sobre o Trabalho de Conclusão de Curso

Orientadora: Dra. Maria Itayra Padilha

Alunas: Alixandra Trindade dos Santos, Cintia Huguen Panata e Janaina Regina Schmitt

O Trabalho de Conclusão de Curso das alunas Alixandra Trindade dos Santos, Cintia Huguen Panata e Janaina Regina Schmitt atendeu todos os requisitos da disciplina. A seguir, destacamos as diferentes etapas de realização do trabalho, salientando os aspectos essenciais apresentados ao longo da construção.

Planejamento: O projeto apresentou coerência e consistência na estruturação e no conteúdo, requisitos necessários para concretização das atividades de forma sistematizada durante o desenvolvimento da pesquisa. Foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da UFSC. Convém salientar a organização, o empenho e a disciplina demonstrados pelas acadêmicas durante a elaboração do Projeto.

Coleta de dados: como proposto pela disciplina, ocorreu paralelamente ao desenvolvimento das ações do Plano de Atividades do Estágio. As alunas seguiram o rigor científico estabelecido na metodologia do projeto de pesquisa, bem como atenderam todas as questões éticas necessárias para o desenvolvimento de uma pesquisa. A metodologia de história de vida permitiu as acadêmicas uma coleta de dados mais completa e eficaz.

Análise dos dados: destaca-se a competência, a seriedade, a organização e o interesse pela busca de conhecimentos, demonstrado pelas alunas neste processo de pesquisa. A

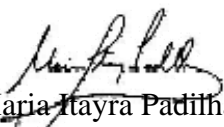
análise dos dados se desenvolveu de modo exemplar resultando em categorias de análise que permitiram desenvolver dois artigos científicos.

Elaboração do TCC: a responsabilidade com a produção científica, a postura para análise crítica, o compromisso e a disposição, foram pontos que permearam a construção do artigo/trabalho de conclusão de curso. As orientações foram prontamente atendidas e superando muitas vezes o solicitado.

O trabalho de conclusão de curso A história de vida dos clientes que se submetem a realização da cirurgia bariátrica apresenta relevância em termos da temática abordada especialmente por se tratar da história de vida de pessoas e sua decisão em submeter-se a cirurgia bariátrica. O trabalho apresenta como diferencial a formatação de uma apresentação geral do relatório de pesquisa, seguidos dos resultados em forma de dois artigos com possibilidade de outros.

Por fim, a união, o espírito crítico, a responsabilidade, o compromisso com as atividades e o discernimento ético foram plenamente vividos pelas estudantes, refletindo na construção deste trabalho de conclusão de curso.

Florianópolis, 08 de julho de 2009.


Dra. Maria Itayra Padilha
Orientadora

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Classificação da OMS para sobrepeso modificada.....	17
Quadro 2: Distribuição dos sujeitos segundo dados gerais I, incluindo idade, sexo, peso, altura, IMC, estado civil e numero de filhos (2009).....	36
Quadro 3: Distribuição dos sujeitos segundo dados gerais II, incluindo escolaridade, profissão, renda familiar, naturalidade e situação cirúrgica (2009).	36

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	5
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	8
2 OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GERAL.....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
3.1 OBESIDADE	11
3.2 EPIDEMIOLOGIA.....	12
3.3 OBESIDADE NO BRASIL	13
3.4 FATORES RESPONSÁVEIS PELA OBESIDADE	13
3.5 MÉTODOS PARA DIAGNÓSTICO DA OBESIDADE	15
3.5.1 Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)	15
3.5.2 Diagnóstico Clínico.....	15
3.6 TIPOS DE OBESIDADE	18
3.6.1 Classificação Etiológica.....	18
3.6.2 Classificação a Quanto a Quantidade de Gordura.....	18
3.6.3 Classificação Anatômica	19
3.6.4 Classificação Quanto a Distribuição da Gordura.....	19
3.7 OBESIDADE E CO-MORBIDADES.....	20
3.8 PROGRAMAS DE APOIO E SUPORTE AO OBESO.....	24
3.9 FORMAS DE TRATAMENTO	25
3.9.1 Tratamento Clínico	25
3.9.2 Tratamento Cirúrgico	27
3.10 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO E CIRURGIA BARIÁTRICA.....	29
4 REFERENCIAL TEÓRICO	31
4.1 TEORIA GERAL DO AUTOCUIDADO.....	31
4.1.1 Teoria do Autocuidado.....	31
4.1.2 Teoria dos Déficits do Autocuidado	32
4.1.3 Teoria de Sistemas de Enfermagem.....	32
4.2 OS QUATRO CONCEITOS UTILIZADOS POR OREM.....	33
4.2.1 Seres Humanos.....	33
4.2.2 Saúde.....	34
4.2.3 Enfermagem	34
5 METODOLOGIA.....	35
5.1 CONTEXTO DO ESTUDO	35
5.2 SUJEITOS DA PESQUISA	35
5.2.1 Perfil dos participantes da pesquisa	36
5.3 REGISTRO E ORGANIZAÇÃO DE DADOS.....	37
5.4 ANÁLISE DOS DADOS	37
5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	38
6 RESULTADOS	40
ARTIGO I – A HISTÓRIA DE VIDA DE PESSOAS COM OBESIDADE MÓRBIDA – UMA EXPERIÊNCIA NO SUL DO BRASIL	40

ARTIGO II - A CIRURGIA BARIÁTRICA COMO POSSIBILIDADE DE SER FELIZ	68
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
APÊNDICES	97

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A área de interesse deste estudo será a história de vida dos clientes que se submetem a realização das cirurgias bariátricas. Esse tema foi escolhido por despertar a curiosidade das acadêmicas do último período do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, por observar o grande número de cirurgias que estão sendo realizadas no Hospital Universitário vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e pelo aumento significativo no número de pessoas que apresentam obesidade no nosso país. Além disso, entendemos que conhecer a história de vida destes clientes permitirá à equipe de saúde prestar um cuidado mais individualizado e compreensivo a cada indivíduo nesta situação de obesidade.

A obesidade resulta do acúmulo excessivo de gordura que excede aos padrões estruturais e físicos do corpo. É reconhecida hoje como importante problema de saúde pública. É doença crônica, progressiva, fatal, geneticamente relacionada e caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura e desenvolvimento de outras doenças (co-morbidades). Os dados atuais são preocupantes: o número de obesos no Brasil e no mundo tem aumentado com muita rapidez. (GARRIDO, 2008).

A obesidade é uma doença multi-determinada e entre os fatores relacionados a esta condição de saúde estão: fatores biológicos como exemplo sexo, fatores ambientais como exemplo temos a influência das áreas urbanas e rurais e fatores comportamentais que segue o estilo de vida, hábitos alimentares, condições socioeconômicas e outros. (CITAÇÃO)

Estudos epidemiológicos da Faculdade de Saúde da USP mostram que no período entre 1974 a 1997 no Brasil, o número de obesos aumentou significativamente. Cerca de 70 milhões de brasileiros ou 40% da população encontra-se com excesso de peso. Em 1970 homens obesos somavam 2,8% da população masculina e em 2003 já somavam 8% e o índice feminino passou de 4,9% para 12,7%, sendo assim temos 50% dos brasileiros acima do seu peso corporal ideal. (GARRIDO, 2008).

Segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003 o excesso de peso em 2003, afetava 41,1% dos homens e 40% das mulheres, sendo que considerados obesos estavam 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres adultas do país. Define-se assim que os obesos representavam 20% da população masculina e um terço da população feminina brasileira com excesso de peso. (IBGE, 2003).

Comparando essa realidade à americana, podemos observar que os Estados Unidos possuem uma porcentagem ainda maior, com 61% da população acima do peso ideal. Em

consequência desta situação no ano de 2001 foram notificadas 300 mil mortes decorrentes da obesidade. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) a obesidade mata no Brasil por ano quase 100 mil pessoas e nos Estados Unidos cerca de 300 mil pessoas. (GARRIDO, 2008).

A prevalência da obesidade continua a ser uma preocupação para a saúde de adultos, crianças e adolescentes nos Estados Unidos. Dados da mais recente pesquisa mostram que entre homens adultos a prevalência da obesidade foi de 31.3% em 2003-2004, e 33.3% em 2005-2006, uma pequena, mas não estatisticamente significativa mudança. Entre mulheres adultas, a prevalência de obesidade em 2003-2004 foi 33.2%, e em 2005-2006 foi 35,3%, de novo uma pequena, mas não significativa mudança. Outra recente pesquisa descobriu que a prevalência de obesidade entre crianças e adolescentes não mostrou mudanças significativas entre 2003-2004 e 2005-2006. Baseado no estudo, na combinação dos anos de 2003-2006, 16,3% das crianças e adolescentes com idades entre 2-19 anos eram obesas. (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY, 2008).

A frequência do excesso de peso na população supera em oito vezes o déficit de peso entre as mulheres e em quinze vezes o da população masculina. Em um universo de 95,5 milhões de pessoas de 20 anos ou mais de idade há 3,8 milhões de pessoas (4,0%) com déficit de peso e 38,8 milhões (40,6%) com excesso de peso, das quais 10,5 milhões são consideradas obesas. Esse padrão se reproduz, com poucas variações, na maioria dos grupos populacionais analisados no país. (IBGE, 2004).

A abordagem preventiva e terapêutica da obesidade passa por múltiplas intervenções: na família, passando pela escola, até o consultório médico e pela ação de múltiplos profissionais da saúde. As intervenções em hábitos alimentares e de atividade física envolvem mudanças de comportamento, e apenas a informação não é o suficiente; neste sentido é preciso estimular mudanças de atitudes e proporcionar condições – sociais e materiais – para que essas mudanças no estilo de vida possam ocorrer. (NAHAS, 2006).

O excesso de gordura corporal está associado a vários problemas de saúde, que pioram a qualidade de vida e morte prematura, sendo estes alguns dos fatores que levam o cliente a optar pela cirurgia tem ainda a questão da auto-imagem, de como a pessoa se sente na atual situação. A cirurgia é percebida pelo cliente como a última opção e ele aposta nela como a última esperança para melhorar sua qualidade de vida. Muitos clientes que se encontram na situação de obesidade, e que já passaram por diversas experiências, com dietas associadas a atividades físicas, tratamento medicamentoso, entre outros e a última opção e decisão a ser tomada é a realização da cirurgia bariátrica.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar a influência da história de vida no desenvolvimento da obesidade mórbida em clientes que se submetem a Cirurgia Bariátrica e/ou Gastroplastia no Hospital Polydoro Ernani de São Thiago, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar na história de vida dos clientes que se submetem a Cirurgia Bariátrica e/ou Gastroplastia, as dúvidas, angústias, pré-conceitos que os cercam antes da realização dessa cirurgia.

- Conhecer os principais motivos que levaram os clientes a optarem pela Cirurgia Bariátrica e as influências da mesma para a sua qualidade de vida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 OBESIDADE

Analizando os conceitos de obesidade na história da humanidade, podemos perceber que, conforme esta evolui, aquela tende a ser vista de diferentes formas. Registros mostram que ser obeso em algumas civilizações na idade média era sinônimo de sucesso. Já em outras, a exemplo do Japão medieval, consideravam o indivíduo que estivesse acima do peso dito ideal como agressor moral. Sob influência da Igreja Católica, na Europa a obesidade era estigmatizada no pecado capital da gula. Ainda hoje, em algumas regiões da África, ser um homem obeso é sinal de domínio, e nas mulheres significa maior fertilidade. No entanto, mediante aos avanços nas pesquisas sobre este assunto, nos deparamos com uma importante realidade: a obesidade é uma doença crônica, de caráter multifatorial, universal, de prevalência crescente e que vem atingindo proporções preocupantes em todo o mundo, principalmente nos países ocidentais, onde é considerada a maior desordem nutricional e, atualmente, um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna. (MOREIRA, 2008).

De um modo simplificado, podemos definir a obesidade como um acúmulo excessivo de gordura corporal conseqüentes a múltiplos fatores, podendo estes ser de ordem individual, a exemplo da susceptibilidade biológica, bem como ambientais, como padrões dietéticos e sedentarismo, combinados ao cotidiano do indivíduo. Possui dimensões sociais, biológicas e psicossociais, abrangendo a população como um todo, não se restringindo a grupos determinados por faixa etária ou ordem socioeconômica. (MOREIRA, 2008).

A obesidade está integrada ao grupo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs), talvez por isso seu entendimento como doença seja prejudicado na sociedade em geral, bem como no meio profissional da saúde quanto à sua determinação, acompanhamento e apoio à população. A percepção social de saúde/doença interfere intimamente na busca ou não por assistência à saúde. É comum para a população, por motivos variados como o transtorno provocado em sua rotina diária, que esta retarde o contato médico até que a situação lhes pareça insuportável. Um fator importante que interfira nesta percepção no que diz respeito à obesidade, é a relação entre a dor e a incapacidade trazidas pela doença, uma vez que o acúmulo de peso possui um desenvolvimento longo e silencioso, longo curso

assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas oscilantes. Em muitos casos não há dor física, porém há sofrimento, dor psicossocial. Já os profissionais da saúde, amarrados à visão tradicional da medicina, mantêm o conceito de doença como uma patologia orgânica, de origem genética ou transmissível/infectante por bactérias ou vírus, erradicável e curável com uso de remédios e/ou cirurgias. Como já citado anteriormente, por suas características individuais de desenvolvimento, por nem sempre ser diagnosticada e, quando visível, muitas vezes não aparentar tanta importância do ponto de vista técnico-científico, seu tratamento acaba por ser retardado e as condições de vida do cliente prejudicadas. (BRASIL, 2006).

3.2 EPIDEMIOLOGIA

A obesidade é considerada hoje como a epidemia do século XXI, caracterizada como um problema de ordem estética e também psicológica, aumentando consideravelmente os riscos para a saúde.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), no ano de 2005, existiam no mundo aproximadamente 1,6 milhões de pessoas com idade superior a 15 anos acima do peso, e pelo menos 400 milhões de adultos obesos. A OMS calcula que chegado a 2015 serão aproximadamente 2,3 milhões de adultos com excesso de peso e pelo menos 700 milhões de adultos obesos.

Em Nauru, ilha do Pacífico, encontra-se um dos maiores percentuais de obesidade do mundo, com 80% de sua população com o diagnóstico de obesidade. A população de países como Barbados, EUA, Brasil também sofre com este tipo de transtorno alimentar, e na América Latina isto ficou ainda mais notável nos últimos vinte anos, com a transição epidemiológica, demográfica e nutricional, ocorrendo o fenômeno chamado Transição Nutricional, da maior ocorrência de desnutrição, passou-se para a maior ocorrência de obesidade. (MOREIRA, 2008).

3.3 OBESIDADE NO BRASIL

Segundo dados da Pesquisa de Orçamento familiares 2002-2003 do IBGE (2003), dentre a população média brasileira de 20 anos ou mais de idade, que chega a 95,5 milhões de pessoas, 3,8 milhões de pessoas (4%) apresenta déficit de peso e 38,8 milhões apresentam excesso de peso, sendo que dentre estas 10,5 milhões são consideradas obesas.

É ressaltado ainda que a idade também influencia no acúmulo de peso. Deste modo, com o avançar da idade o acúmulo de peso acontece mais rapidamente, enquanto para as mulheres ocorre de modo mais lento, porém mais prolongado. Entre 20 e 44 anos na população masculina é mais freqüente o excesso de peso, sendo invertida a situação com o aumento da faixa etária.

Esta pesquisa também apresenta as diferenças destes percentuais comparando a população urbana com a rural. Os resultados mostram que a população masculina com excesso de peso está definida em 34% na região Norte e Nordeste e entre 44% e 46% nas outras regiões. Estes números se fazem similar nas áreas urbanas, já nas áreas rurais a proporção é bem menor, alcançando 21% no Nordeste, 40% no Sul e entre 28% a 34% nas demais regiões. Para as mulheres a intensidade se mostra diferente entre o meio rural e o urbano, sendo no meio urbano o excesso de peso mais acentuado. Com exceção da região Nordeste, em que na área urbana o excesso de peso fica em 36,8% contra 39,4% da área rural.

A área rural da região Sul possui o percentual mais alto de mulheres obesas, com 18,6%, contrapondo-se com o percentual masculino, onde o menor está na área rural da região Nordeste, com 3,2% . (IBGE, 2003).

3.4 FATORES RESPONSÁVEIS PELA OBESIDADE

Neste caso é necessário que fique claro se tratar de uma desordem de fatores combinados, cuja etiologia alia influência do genótipo humano e fatores não-genéticos, como ambiente externo, sociedade, cultura, que atuam sobre gastos e consumo energético fisiológico, como uma interação entre fatores dietéticos e ambientais com uma predisposição genética. (FRANCISCHI et al, 2000).

O mundo contemporâneo trouxe junto à sua evolução alterações em todos os sentidos

para o cotidiano das pessoas. Começando pela alimentação, que antes se baseava em alimentos frescos, uma dieta vegetariana, rica em fibras, que hoje se mostra farta de alimentos processados, embutidos, de origem animal, que leva a população a ingerir uma quantidade muito grande de calorias e gorduras, excesso de açúcar e sal refinados, aumentando o consumo de energia e favorecendo o aumento da adiposidade. (SALVE, 2006). Além dos alimentos consumidos, também deve ser levado em consideração a frequência alimentar, uma vez que indivíduos que costumam fazer pequenas refeições várias vezes durante o dia apresentam-se mais magros que aqueles que consomem número menor de refeições. (FRANCISCHI et al, 2000).

Paralelo a isto temos hoje uma sociedade mecanizada, cuja tecnologia avançada, além de suas funções laborais, contribui para um menor gasto energético diário da população. É neste ponto que citamos também o sedentarismo no sentido da falta de prática de atividade física além das atividades cotidianas. O sedentarismo gera o aumento das células adiposas bem como o aumento delas em quantidade, resultando em um depósito final de tecido adiposo aumentado. (SALVE, 2006).

Fisiologicamente o organismo conta com os mecanismos de saciedade da fome e satisfação alimentar, entretanto estes mecanismos parecem estar alterados nos indivíduos obesos. (SEBOLD et al, 2007). Até agora estudos sobre a influência genética para o sobrepeso é deficiente, apenas dois mecanismos foram definidos, o da leptina e o do neuropeptídeo Y. (FERREIRA; GUERRA; FORTUNATO, 2004 apud SEBOLD et al, 2007).

A leptina é uma proteína codificada, produzida e secretada por adipócitos. É fator lipostático que regula a quantidade de gordura corporal agindo com mecanismo de feedback negativo originados do tecido adiposo influenciando os centros hipotalâmicos, como um sinal de saciedade. (FERREIRA; GUERRA; FORTUNATO, 2004 apud SEBOLD et al, 2007).

O neuropeptídeo Y é um neurotransmissor liberado pelos neurônios hipotalâmicos que trabalha no controle do peso corporal. Alterações no hipotálamo podem gerar a obesidade. (SIGULEM, 2007 apud SEBOLD et al, 2007).

Lembrando que cada indivíduo é único e apresenta diferenças individuais na suscetibilidade à obesidade, bem como alterações metabólicas e hormonais, como o hipotireoidismo, hipogonadismo nos homens, ovariectomia nas mulheres, corticosteróides, entre outros componentes, que direcionam para o acúmulo de gordura. Associa-se ao ganho de peso, igualmente de forma individual, os problemas psicológicos, como estresse, ansiedade, depressão, que repercutem principalmente no comportamento alimentar. (FRANCISCHI et al, 2000).

3.5 MÉTODOS PARA DIAGNÓSTICO DA OBESIDADE

3.5.1 Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)

O Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foi uma proposta inicial da Instituto Nacional de Alimentação e Nutricional, estabelecido em 1990, após promulgação da Lei 8080/1990 e a Portaria 1.156 publicada em 31 de agosto deste mesmo ano. (BRASIL, 2004). Faz parte da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que trabalha com a promoção da saúde expondo à comunidade modos de se levar uma vida saudável, e contribuindo para que as pessoas tenham autonomia e controle sobre sua saúde. Ações estas fundamentais para todos os indivíduos em todas as fases de sua vida.

O Sisvan é um instrumento para monitoramento, análise e divulgação de dados sobre a situação nutricional e consumo alimentar das pessoas que freqüentam as Unidades Básicas de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe ao Sisvan fazer um diagnóstico descritivo e analítico quanto ao estado nutricional da população brasileira, contribuindo para o conhecimento da magnitude dos agravos de nutrição, possibilitando a identificação dos grupos populacionais que apresentam maior risco para agravos nutricionais e contribuindo para o controle da obesidade e o desenvolvimento de outras doenças não-transmissíveis, como a Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Muito além de um banco de dados, o Sisvan possui atitude de vigilância. Deste modo olha para cada indivíduo como um todo, a fase de vida que este vivencia, bem como para o grupo no qual ele está inserido, subsidiando e reprogramando as ações locais e as instancias superiores, de modo que a assistência em saúde para este indivíduo seja de qualidade. (BRASIL, 2006).

3.5.2 Diagnóstico Clínico

Os valores do peso corporal constituem um misto de informações dos vários componentes, tais como ossos, músculos, gordura, e outros tecidos. Estes sofrem alterações na sua constituição de acordo com a prática de exercícios físicos, a dieta alimentar, seguida do

processo de envelhecimento, e doenças. Os tecidos que mais sofrem modificações são os músculos, os ossos, a gordura e a água. Todavia, esta composição deve ser analisada atenciosamente, uma vez que altos valores de peso corporal podem estar associados a uma massa muscular aumentada, como nos atletas de halterofilismo, ou constar de uma sólida constituição óssea, e não necessariamente uma quantidade adiposa alta. Lembrando que a obesidade denomina-se pelo acúmulo de gordura corporal. (GUEDES; GUEDES, 1998).

Calcula-se que na composição molecular de um homem de 70kg, sua configuração corpórea seja a seguinte: 43,3% corresponde à massa extracelular e 56,6% intracelular. Um adulto jovem possui uma média corporal de 60% de água, 15% a 20% de gordura, 15% de proteína e pouco mais de 5% de componentes minerais como cálcio. Para homens jovens a faixa percentual indicada de gordura é de 8% a 15%, e para as mulheres de 16% a 23%. Com valores iguais ou superior a 25% para homens e 32% para mulheres, estes se incluem no grupo de risco à saúde. (SALVE, 2006).

A composição corporal pode ser obtida por meio de exames como: Desintometria de Dupla Captação (DEXA), Água Duplamente Marcada, Pesagem Hidrostática e Bioimpedância Elétrica. (SEBOLD et al, 2007).

Inicialmente, para se obter um parâmetro clínico de sobrepeso e obesidade faz-se uma relação entre o peso e a altura da pessoa. Para isto usa-se o Índice de Massa Corpórea (IMC), que possui uma fórmula matemática que relaciona o peso medido em quilogramas com a estatura medida em metros, esta última elevada a segunda potência.

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Altura (m}^2\text{)}$$

Contudo, o cálculo do IMC é um tanto questionável, já que não leva em consideração todos os componentes corporais citados anteriormente. Podem-se citar algumas das limitações deste método se usado como forma única de avaliação:

Se usado para avaliação de crianças e adolescentes deve-se levar em consideração que estes estão em fase de crescimento e alterações corporais;

Não existe um parâmetro especial para idosos, diferentes raças, estaturas corporais. A OMS desenvolveu uma tabela que mostra as classificações para o sobrepeso com a intenção de auxiliar na determinação da obesidade junto aos resultados do IMC:

CLASSIFICAÇÃO DA OMS PARA SOBREPESO MODIFICADA				
IMC	Classificação OMS	Descrição Usual	Risco	Risco Corrigido*
< 18,5 kg/m ²	Baixo Peso	Magro	Aumentado	Aumentado
18,5–24,9kg/m ²	Faixa normal	Peso saudável normal	Baixo	Aumentado
25-29,9kg/m ²	Sobrepeso grau I	Sobrepeso	Aumentado	Moderado
30-34,9kg/m ²	Sobrepeso grau IIa	Obesidade	Moderado	Grave
35-39,9kg/m ²	Sobrepeso grau IIb	Obesidade	Grave	Muito grave
>ou = 40kg/m ²	Sobrepeso grau III	Obesidade mórbida	Muito grave	Muito grave

* Risco Corrigido – risco quando o peso está associado a outros fatores de risco

Fonte: WHO – World Health Organization (1997).¹⁵

Quadro 1: Classificação da OMS para sobrepeso modificada

Para a classificação da obesidade o cliente deve passar por uma avaliação integral, na qual sejam coletados o maior número de informações possível, formando um quadro situacional, e a partir deste construir estratégias para o manejo junto ao indivíduo. Este percurso tem início com a coleta de dados da história clínica da pessoa, com informações de antecedentes familiares, aspectos socioculturais. Faz-se uma retrospectiva da história de vida desta pessoa, identificando quando começou o ganho de peso e seu curso clínico, fatores desencadeantes e de manutenção, hábitos alimentares, práticas de atividades físicas, estilo de vida e aspectos psicológicos que possam influenciar neste processo. Investigam-se as formas de tratamento já vivenciadas pelo indivíduo e os resultados obtidos, presença de doenças endócrinas e fatores de risco associados. (SEBOLD et al, 2007).

Após a coleta de dados históricos é realizado um exame físico minucioso, com registro dos dados antropométricos da pessoa, como peso, altura, medidas de circunferência (cintura e quadril), sinais vitais, com atenção para a pressão arterial, vistoria da pele, locais com presença de estrias e assaduras e pregas cutâneas.

A avaliação é seguida de um apanhado direcionado a identificação do padrão alimentar em busca dos possíveis erros que colaborem para que a pessoa engorde. Aqui são usadas algumas estratégias como:

O Recordatório Alimentar de 24 horas, que remete a descrição detalhada do cliente da sua ingesta alimentar nas últimas 24 horas;

Registro Alimentar, onde o cuidador estipula um período (alguns dias), e neste tempo a pessoa registra suas refeições com detalhes;

Frequência Alimentar, onde se registra a frequência semanal da ingestão dos

diferentes grupos de alimentos.

Toda esta pesquisa deve ser feita mediante a cumplicidade do cuidador e o ser cuidado, com discussões sobre o estilo de vida que este mantém e o que pode e precisa ser mudado. Esta convivência entre as partes é que possibilitará estas mudanças e o possível sucesso nesta operação. (SEBOLD et al, 2007).

3.6 TIPOS DE OBESIDADE

Segundo Salve (2006) há dois grupos distintos de gordura corporal que mantêm o equilíbrio do organismo: a gordura essencial e a gordura de reserva. A gordura essencial é encontrada na medula óssea, no coração, nos pulmões, baço, rins e tecidos lipídicos espalhados pelo sistema nervoso central. Já a gordura de reserva é a acumulada no tecido adiposo. A obesidade é avaliada mediante critérios que a classifica em subgrupos.

3.6.1 Classificação Etiológica

Esta classificação leva em consideração os fatores desencadeantes da obesidade associados aos aspectos ambientais e/ou endócrino-metabólicos. Diz de **obesidade exógena** aquela decorrente do desequilíbrio energético entre a ingestão e demanda energética, onde há uma ingestão excessiva de calorias. Esta se faz presente em 98% dos casos. Os outros 2% são chamados de **obesidade endógena**, derivada de alterações do metabolismo tireoidiano, gonadal, hipotálamo-hipofisário, tumores e síndromes genéticas como Prader Willi e Lawrence Moon Biedl. (GUEDES; GUEDES 1998).

3.6.2 Classificação a Quanto a Quantidade de Gordura

A quantidade de gordura presente no organismo leva a denominação como:

Obesidade leve, representada por 25-30% de gordura corporal para mulheres e 15-

20% para homens. Para ambos os sexos o IMC é menor ou igual a 27kg/m². **Obesidade moderada** ou **Obesidade Grau I**, com 30-35% de gordura para mulheres e 20-25% para homens, IMC para ambos entre 27 e 30. **Obesidade elevada** ou **Obesidade Grau II**, mulheres com 35-40% de gordura corporal, e homens com 25-30%, IMC de ambos entre 30 e 45kg/m², mulheres apresentam mais de 40% de gordura corporal e homens mais de 30%, **Obesidade mórbida** ou **Obesidade Grau III**, IMC para ambos: maior que 45kg/m². (GUEDES; GUEDES, 1998). A Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica juntamente a Federação Internacional de Cirurgia da Obesidade, além destes termos ainda utiliza mais duas denominações: **Superobesidade**, para indivíduos com IMC entre 50 e 60kg/m² e **Super-superobesidade**, para aqueles com IMC maior que 60kg/m². (PUGLIA, 2004).

3.6.3 Classificação Anatômica

Obesidade Hiperplásica: diz-se do organismo com um número de células adiposas anormalmente acentuado. Indivíduos que encontram-se dentro dos padrões normais de gordura apresentam 25 a 30 bilhões de células adiposas, obesos hiperplásicos contêm de 42 a 106 bilhões dessas células. (GUEDES; GUEDES, 1998).

Obesidade hipertrófica: quando ocorre um aumento no tamanho das células adiposas. Esta classificação permite avaliar o prognóstico dos resultados dos programas de redução e controle de peso. As intervenções terapêuticas apenas influenciam na redução do tamanho destas células, por isto a duração da redução do peso corporal é mais curta, e a velocidade com se volta a engordar é mais rápida nos indivíduos portadores da obesidade hiperplásica. (GUEDES; GUEDES, 1998).

3.6.4 Classificação Quanto a Distribuição da Gordura

A localização da gordura corporal permite a classificação da obesidade em ginóide e andróide. A obesidade ginóide é também chamada de obesidade periférica, e possui a gordura em excesso localizada na metade inferior do corpo, ou seja, no quadril, glúteo e coxa superior. É mais comum em mulheres, principalmente as que se encontram na puberdade, pois tem

efeito sob os estrógenos. (GUEDES; GUEDES, 1998).

A obesidade andróide, também conhecida como obesidade central, tem o cúmulo de gordura no abdome, tronco, cintura escapular e pescoço. Esta é mais comum no sexo masculino, pois sofre influencia do hormônio testosterona e de corticóides. (GUEDES; GUEDES, 1998).

Segundo Salve (2006), há outra possível classificação quanto a distribuição da gordura, são elas:

Obesidade tipo I: caracterizada pelo excesso de massa corporal total;

Obesidade tipo II: com excesso de gordura nas regiões abdominal e tronco-andróide;

Obesidade tipo III: com excesso de gordura víscero-abdominal;

Obesidade tipo IV: excesso de gordura glúteo-femural.

3.7 OBESIDADE E CO-MORBIDADES

O acúmulo de gordura corporal se tornou um problema sério de saúde em todo o mundo, com ênfase para os países industrializados, como os EUA, onde 33% dos adultos e 20% dos adolescentes são obesos. A OMS destaca a patologia como um problema de abrangência mundial pelo fato de um enorme contingente de pessoas serem atingidas e também por predispor o organismo a uma série variada de doenças não transmissíveis, especialmente as cardiovasculares e a Diabetes, e a grande chance de levar a pessoa a uma morte prematura, colocando estas pessoas em desvantagem quando avaliadas por indicadores de qualidade de vida. Estes riscos tendem a aumentar juntamente ao ganho de peso. (SALVE, 2006). Estudos neste sentido mostram que pessoas obesas têm 2,9 vezes mais de chances de desenvolverem diabetes e hipertensão se comparadas a indivíduos com peso adequado, e, alguns autores consideram que pessoas obesas apresentam 1,5 vezes mais disposição para apresentar níveis sanguíneos de triglicerídeos e colesterol aumentados. (BRASIL, 2006).

Há uma estimativa de que, em média, uma pessoa norte-americana, após os 25 anos de idade, ganha 0,5kg de peso anualmente e tem uma perda de 100 a 200g de massa magra, como músculos e ossos, isso tudo pela redução da prática de atividade física. Pensando assim, é chaga a conclusão de que, aos 55 anos de idade esta pessoa tenha um ganho de 20,4kg de gordura extra, o que eleva as conseqüências econômicas, sociais, médicas e psicológicas.

(SALVE, 2006).

A obesidade trás consigo conseqüências graves, como: insuficiência cardíaca, diabetes, arteriosclerose, hipertensão cardíaca e aumento da mortalidade, disfunções pulmonares, doenças cardiovasculares, problemas biliares e alguns tipos de câncer. (SALVE, 2006). Porém estes riscos devem ser avaliados levando em consideração três pontos importantes combinados ao fato de o peso corporal ser excedente ao considerado adequado para cada indivíduo: a idade de aparecimento do fenômeno, duração e padrões de oscilações do peso. Além disso, a obesidade se combinada a fatores como tabagismo, alcoolismo, dislipidemia, hipertensão, diabetes, pode aumentar o risco de adoecimento deste sujeito. (BRASIL, 2006). Sem contar que a distribuição da gordura corporal também influencia no aparecimento de complicações: a gordura concentrada no abdômen, também chamada de obesidade andróide, eleva o risco para doenças isquêmicas cardíacas e distúrbios metabólicos, como a hipertensão arterial, independente do IMC, e que reduz seus valores pressóricos mediante a diminuição de peso. (BRASIL, 2006).

A seguir será detalhado o mecanismo de desenvolvimento de algumas complicações da obesidade:

Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM tipo 2) (não-dependente de insulina): Esta complicação ocorre dez vezes mais em indivíduos com obesidade andróide. Estudos mostram que 75% dos indivíduos portadores de DM tipo 2 estão acima de seu peso ideal, e aqueles que possuem a circunferência da cintura acima de 100cm aumentam em 3,5 vezes as chances para o seu desenvolvimento. Mulheres com IMC acima de 35kg/m² aumentam o risco para o desenvolvimento de Diabetes Mellitus em 93 vezes, e nos homens 42 vezes. (FRANCISCHI et al. 2000). Quando no desenvolvimento da DM o tecido adiposo age aumentando sua demanda por insulina, e associado à obesidade o organismo se faz resistente à ela, aumentando a glicemia e por conseguinte ocasionando hiperinsulinemia, que pode também estar associada a diminuição de receptores de insulina ou a falha no trânsito celular.

Há casos em que a obesidade pode gerar um conjunto de desordens metabólicas e complicações vasculares, chamada Síndrome Metabólica ou Síndrome X, que explicam várias das disfunções decorrentes do excesso de peso. Estudiosos acreditam que a resistência à insulina e a conseqüente hiperinsulinemia em mulheres obesas são inerentes ao aumento do tecido adiposo abdominal e as alterações hormonais. A hiperinsulinemia inibe a síntese de proteínas específicas transportadoras de testosterona, gerando um aumento da concentração de testosterona livre, o que induz características andrógenas em mulheres, como o acúmulo de gordura na região abdominal. Dessa forma, a diabetes tipo II é agravada, uma vez que a

resistência à insulina e a hiperinsulinemia são fatores predisponentes para o acúmulo de gordura abdominal e para várias outras doenças, como a hipertensão e as doenças cardiovasculares. (FRANCISCHI et al, 2000). A redução de peso reverte aos poucos este quadro, melhorando a tolerância à glicose e diminuindo a necessidade do uso de drogas hipoglicemiantes. (BRASIL, 2006).

Hipertensão: A prevalência de hipertensão está aumentada em seis vezes em adultos entre 20 e 45 anos obesos. Segundo Francischi e colaboradores (2000) para cada aumento de 10% na gordura corporal, há elevação na pressão arterial sistólica de aproximadamente 6,0 mmHg e na diastólica de 4,0 mmHg. Este risco está associado principalmente à obesidade abdominal, pois esta resulta na liberação de ácidos graxos livres na veia porta, induzindo o fígado a produzir trigliceróis, aumentando a resistência à insulina e a hiperinsulinemia. , que juntos contribuem para a retenção de sódio e na atividade do sistema nervoso simpático, distúrbios no transporte iônico da membrana celular, procedendo ao aumento da pressão arterial. (FRANCISCHI et al, 2000). Segundo resultados adquiridos em uma metaanálise realizada pela OMS em 1995, para cada 1Kg de peso perdido há uma diminuição de 1,2 a 1,6mmHg na pressão sistólica e 1,0 a 1,3mmHg na pressão diastólica, por isso a recomendação de perda de peso para 100% destes clientes. (BRASIL, 2006).

Doenças cardiovasculares: Atualmente, mediante ao número elevado de óbitos ocasionados por infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência cardíaca no mundo, cardiologistas dizem que estamos frente a uma epidemia mundial da cardiopatia isquêmica, estando o Brasil representado por 34% de suas mortes anuais por doenças cardiovasculares.

É dito que em cada 10% de aumento de peso, aumenta-se 20% as chances de desenvolvimento de doenças coronarianas, e junto a isso também há uma aumento de 12mg/dl do colesterol plasmático, o que favorece a dislipidemia na obesidade, com aumento dos triglicérides e da lipoproteína de baixa densidade (LDL-colesterol) e diminuição da lipoproteína de alta densidade (HDL-colesterol), risco este aumentado com a diminuição da atividade física e aumento de ingestão de ácidos graxos insaturados. Outro fator que aumenta o risco de doenças cardiovasculares no obeso é a hiperinsulinemia, pois esta aumenta a síntese de uma lipoproteína de muito baixa densidade (VLDL-colesterol), levando a hipertrigliceridemia, aumentando assim o colesterol arterial circulante e também a síntese de lipídeos endógenos. Isto induz a síntese de colágeno e a produção de placas lipídicas na parede das artérias, predispondo a formação de ateromas. (FRANCISCHI et al, 2000).

Neoplasias: Homens com história de excesso de peso são propensos ao

desenvolvimento de câncer colo-retal e de próstata numa proporção muito maior do que homens normais. As chances de ocorrência aumentam em 2,5 nos que o peso é de 130% maior que seu peso médio. Para as mulheres com sobrepeso as chances são aumentadas para neoplasias de colo uterino, ovário e mama, sendo esta última facilitada, além do excesso de peso abdominal, pela síndrome de resistência à insulina. (FRANCISCHI et al, 2000).

Disfunções endócrinas: As mulheres, neste sentido, possuem ainda mais riscos para complicações. A menarca possui uma característica interessante: acontece, além da maturidade hormonal estabelecida entre outras coisas, após o corpo atingir certo peso crítico. Portanto meninas obesas tendem a menstruar em idades mais novas que outras com peso ideal. Além disso, o sobrepeso acarreta irregularidades nos ciclos menstruais, amenorréia e intercorrências durante o período da gestação, como a síndrome hipertensiva e a toxemia. Como já citado anteriormente, o tecido adiposo abdominal aumentado eleva os níveis de testosterona livre e provoca resistência à insulina, este fator propicia ao desenvolvimento do ovário policístico. (FRANCISCHI et al, 2000).

Disfunção da vesícula biliar: É comum a formação de cálculos biliares em pessoas obesas. Isto se deve a dois fatores importantes: o aumento do colesterol circulante mobilizados do tecido adiposo, e o aumento na taxa em que colesterol é excretado pela bile, que aí dependerá da taxa de precipitação deste colesterol. É importante sabermos que para cada 1kg de gordura corporal, 20mg/dl de colesterol é sintetizado, e que no sujeito obeso a bile é muito mais saturada. (FRANCISCHI et al, 2000).

Problemas pulmonares: Obesos estão propensos a desenvolver a Síndrome da obesidade-hipoventilação, ou Síndrome de Pickwickian, distinguida por sonolência e redução da ventilação. O acúmulo de gordura peitoral e abdominal pressionam a caixa torácica, diminuindo o volume reserva da expiração, limitando os movimentos respiratórios e diminuindo o volume pulmonar. (FRANCISCHI et al, 2000).

Também é comum nestes indivíduos a apnéia do sono, sendo esta apontada como fator independente para doenças cardíacas. (BRASIL, 2006).

Artrites: este é um problema mecânico, comum em pessoas com sobrepeso, já que facilita a ocorrência de traumas nas articulações, a exemplo da osteoartrite no joelho. Alterações no metabolismo do estrógeno sofridas pelo excesso de tecido adiposo podem atuar no metabolismo esquelético. (FRANCISCHI et al, 2000).

Além de outras conseqüências físicas e fisiológicas sofridas pelo cliente obeso, não se pode ignorar a existência de fragilidades psicológicas e risco aumentado para problemas psiquiátricos. Estas pessoas constantemente sofrem com discriminações no meio social, o que

os leva a baixa auto-estima, depressão, isolamento social, ansiedade, sentimentos de culpa, desamor, entre outros.

3.8 PROGRAMAS DE APOIO E SUPORTE AO OBESO

Aspectos psicológicos também devem ser levados em consideração quando prestamos assistência a um indivíduo obeso, visto que o percentual de casos de obesidade causados por patologias endócrinas ou genéticas definidas é pequeno.

Estudos mostram que a obesidade causada por hiperfagia, em adultos, apresenta características psicológicas importantes, tais como: passividade e submissão, preocupação excessiva com comida, ingestão compulsiva de comida e drogas, dependência e infantilização, não aceitação corporal, medo de não ser aceito e amado, dificuldade de adaptação social, bloqueio da agressividade, dificuldade para absorver frustrações, insegurança, ansiedade, intolerância e culpa. Mediante a isso, torna-se importante a investigação detalhada destes fatores, quando nos propomos a construir conhecimentos que subsidiem a prática de assistência a estes indivíduos. (CATANEO; CARVALHO; GALINDO, 2005).

Estudos sobre a ansiedade mostram que esta pode ser vista de duas formas do ponto de vista psicológico: ansiedade estado e ansiedade traço. O estado de ansiedade é visto como uma alteração emocional transitória, com sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão percebidos pelo indivíduo e também por aumento na atividade do sistema nervoso central, características estas que mudam conforme o perigo é percebido. A ansiedade traço diz respeito à tendência de cada pessoa de reagir a situações interpretadas como ameaçadoras com intensificação do estado de ansiedade. Afirma-se neste sentido que a obesidade pode ser um sintoma da ansiedade, mascarando dificuldades internas, afetivas e relacionais, exigindo um tratamento e acompanhamento psicológico. (CATANEO; CARVALHO; GALINDO, 2005).

O indivíduo obeso enfrenta durante muito tempo de sua vida uma batalha incansável contra o excesso de peso, passando por tipos variados de dietas recomendadas por conhecidos, anunciadas em revistas como sendo a última moda, entre outras coisas que podem levá-lo a situações sérias de risco à sua saúde, não alcançando o objetivo mais importante que é a mudança do seu hábito alimentar. Para atingir sucesso nesta busca o obeso necessita de apoio da família, dos amigos, da sociedade em si, e, não menos importante, de

um profissional que o assista.

Deste modo surgem os grupos de apoio ao obeso, tais como: Vigilantes do Peso, Amigos do Peso, Peso Ideal, Meta Real, que vem com novas propostas na assistência à dieta destes sujeitos. É um local onde indivíduos que vivenciam situações semelhantes na vida podem compartilhar suas experiências e dificuldades contando com o apoio nutricional e psicológico por estes grupos oferecidos.

3.9 FORMAS DE TRATAMENTO

3.9.1 Tratamento Clínico

O tratamento clínico da obesidade é uma etapa difícil de ser manuseada tanto para o obeso quanto para o profissional que acompanha este processo. Isso pelo fato de o processo de emagrecimento em si ser lento e, principalmente, a manutenção deste, que para a maioria dos obesos não é possível.

Hoje o objetivo dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos visam atingir um peso saudável e não mais um peso ideal. Pesquisas indicam que a perda de 5% a 10% do peso inicial, bem como a redução da circunferência abdominal, é suficiente para a melhora da co-morbidez. Utilizam-se estes parâmetros também para clientes que serão submetidos ao tratamento cirúrgico, para que assim se diminuam os riscos de complicações pré e pós-operatórias.

Plano Alimentar

Antes de qualquer coisa devemos considerar o processo do gasto energético, que apresenta três componentes principais: a taxa metabólica basal, a termogênese alimentar e a atividade física. A composição de macronutrientes na dieta determina a proporção de energia a ser consumida ou conservada pelo organismo. Os macronutrientes com baixa capacidade de armazenamento são oxidados assim que a demanda exigida por eles for alcançada, por isso a dieta deve ser bem estruturada quanto à distribuição destes elementos. A exemplo disto tem-se a capacidade auto-reguladora dos carboidratos, que se ingeridos em excesso são transformados em gordura, que tem capacidade de armazenamento quase total, e seu depósito

quando em excesso chega a 96%. (GARRIDO JÚNIOR, 2003).

Segundo Garrido Júnior (2003), dietas hipocalóricas sempre resultarão em perda de peso. É fundamental uma avaliação completa dos hábitos alimentares para que se possa identificar erros e assim estimular sua modificação, implementando um plano alimentar saudável.

Atividade Física

O tratamento da obesidade é beneficiado em vários pontos quando a atividade física regular é implementada, pois aumenta o consumo energético, estimula a atividade termogênica aumentando a taxa metabólica em repouso, aumenta a metabolização e oxidação da gordura, melhora os níveis pressóricos e o condicionamento cardiovascular, aumenta a disposição e a capacidade vital. (GARRIDO JÚNIOR, 2003).

Tratamento medicamentoso

O uso de medicamentos no tratamento da obesidade juntamente a mudança do estilo de vida, vem sendo cada vez mais utilizado para clientes com IMC maior ou igual 30kg/m^2 e para os que apresentam IMC igual ou superior a 25kg/m^2 associado a fatores de risco. Estes medicamentos atuam modificando o comportamento alimentar, no aumento da atividade termogênica e inibindo a absorção de gordura. No Brasil, os medicamentos liberados para este tipo de tratamento são os anorexígenos, como o Femproporex, Dietilpropiona e Mazindol, os Sacietógenos, como a Sibutramina e os inibidores seletivos da recaptção da serotonina e o inibidor da absorção de gordura como o Orlistat. (GARRIDO JÚNIOR, 2003).

Psicoterapia

Trabalha a estrutura operante do comportamento do indivíduo que se relaciona com o autocontrole de comportamentos alimentares e contexto situacional. Está presente nesta população pensamentos inadequados, com sintomas de depressão, ansiedade e déficit da auto-imagem. O indivíduo obeso tem o ato de comer, muitas vezes, como um tranquilizante, utilizam-no como forma de localizar a angústia no corpo e de lidar com situações frustrantes do cotidiano. (SEBOLD et al, 2007).

Segundo Sebold e colaboradores, (2007), estes são clientes que sofrem com o preconceito e com a discriminação social em vários cenários da vida, e, por conta disto, cursam menos anos na escola, são discriminados nas empresas, tem seus salários mais baixos e menor chance de se envolverem emocionalmente. Sofrem com isso inclusive por

profissionais da saúde, o que dificulta a procura por ajuda a sua condição. Para o alcance do sucesso no tratamento da obesidade o cuidado deve ter um aspecto multidisciplinar. É preciso elaborar estratégias e habilidades para este cuidado, no âmbito físico, emocional e espiritual, para identificar e compreender os fatores que interagem nesses indivíduos e assim programar um cuidado eficaz.

3.9.2 Tratamento Cirúrgico

No ano de 1999, com a implantação da rede de atendimento ao portador de obesidade mórbida e a criação dos Centros de Referência Nacional para Gastroplastia/Cirurgia Bariátrica, a cirurgia bariátrica tornou-se parte dos procedimentos cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Com uma cobertura abrangendo todas as macrorregiões brasileiras, em 2001 o financiamento este procedimento passou a ser financiado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). As Portarias foram reformuladas em 2007 e hoje apresentam-se da seguinte forma: Portaria SAS n° 492 de 05 de setembro de 2007, que define unidade de assistência de alta complexidade ao cliente portador de obesidade grave como o hospital que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada, de média e alta complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas portadoras de obesidade grave; a Portaria GM n° 1570 de 25 julho de 2007, que determina que a Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, adote todas as providências necessárias à organização da assistência ao portador de obesidade grave, e a Portaria GM n° 1569 de 02 de julho de 2007, que institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (OLIVEIRA, 2007).

Garrido Júnior (2000) seleciona critérios a serem seguidos para a inclusão do cliente na lista de cirurgia para obesidade:

- Um deles é o fracasso em tentativas prévias de tratamento convencional, acompanhadas por profissionais competentes, porém sem diminuição satisfatória e sustentada do peso;
- Presença de morbididades advindas da obesidade e/ou por ela agravada;

- Persistência (por vários anos) de pelo 45kg de excesso de peso ou IMC acima de 40Kg/m²;
- Inexistência de causas endócrinas de obesidade, como hipopituitarismo ou síndrome de Cushing;
- As possibilidades psíquicas do cliente serem favoráveis para que ele suporte as mudanças radicais impostas pela cirurgia.

As técnicas para cirurgia bariátrica têm sido aprimoradas desde os anos 50, quando teve seu início, hoje são conhecidos diversos métodos para tal procedimento, como gastroplastia vertical com bandagem, colocação de balão intragástrico, derivações gástricas, cada um sendo utilizado segundo o padrão alimentar seguido pelo cliente. (ROSALES; CALA, 2006). Estas técnicas usam de uma classificação por meio da qual seus mecanismos são explicados, sendo elas as cirurgias restritivas (técnica com bandagem), cirurgias disabsortivas (derivações gástricas/by pass gástrico) e mistas. (REPETTO et al, 2008). A colocação do **balão gástrico** visa preencher a cavidade gástrica, formando uma pequena câmara justaesofágica, dando a sensação de saciedade. Ele é colocado por via laparoscópica. Possui um orifício de passagem para esta câmara regulável por meio de um mecanismo de insuflação percutâneo. (GARRIDO JÚNIOR, 2003).

Atualmente os procedimentos de restrição gástrica, como a **gastroplastia vertical com bandagem**, são muito utilizados, pois ao reduzir a capacidade gástrica de armazenamento induz a uma perda de peso estável, e diminui as complicações severas de má absorção decorrentes de outros tipos de cirurgia. (ROSALES; CALA, 2006). O procedimento utilizado aqui diz respeito à limitação de um estreito segmento gástrico por meio de um grampeador circular localizado junto ao ângulo de Hiss estendendo-se junto à curvatura gástrica menor. A saída estreita desta câmara é delimitada por um anel, retardando seu esvaziamento e prolongando a sensação de saciedade. (GARRIDO JÚNIOR, 2003). Esta técnica tem alcançado redução de 50% a 60% do excesso de peso com taxas reduzidas de complicação.

O **By Pass gástrico com Y de Roux** é um procedimento no qual o segmento proximal do estômago é transeccionado com grampos formando uma pequena bolsa com um estoma de gastroenterostomia, que é anastomosado a uma porção do jejuno distal. A porção proximal transeccionada do jejuno é anastomosada ao jejuno distal. (SMELTZER; BARE, 2005). Esta técnica leva a redução de 60% do excesso de peso em longo prazo. Esta técnica é hoje a mais utilizada em todo o mundo. Ela tem como vantagens o excelente controle das comorbidades, controle qualitativo da dieta sem, no entanto restringi-la tão drasticamente e

também possui poucas complicações em longo prazo. Suas desvantagens estão na absorção comprometida de cálcio, ferro e vitaminas. O estômago e o duodeno ficam inacessíveis para investigação diagnóstica, é de difícil reversão, na fase de adaptação possui moderada incidência de regurgitação e vômitos, entre outros. (OLIVEIRA, 2007).

3.10 Cuidados de Enfermagem no Pós-Operatório e Cirurgia Bariátrica

Complicações respiratórias: O portador de obesidade severa necessita de cuidados especiais na fase pós-operatória por ser um cliente crítico, com alterações fisiológicas decorrentes da obesidade, dificultando o processo de recuperação na Unidade de Terapia Intensiva. (SANCHES et al, 2007).

O cliente obeso frequentemente apresenta quadro pulmonar obstrutivo, com diminuição do volume vital inspirado. Até duas semanas após a cirurgia podem apresentar restrição pulmonar, aumentando assim o risco de complicações como retenção de CO₂, atelectasia e infiltrado broncopulmonar. Desta forma a enfermagem tem papel importante na ausculta pulmonar bilateral, manutenção dos exercícios respiratórios, medidas preventivas de aspiração e mudanças de decúbito. (NEGRÃO; BIANCHI, 2008).

Nutrição: Devido às alterações sofridas na operação, quando superalimentados ou na deglutição de pedaços maiores de alimentos podem ocorrer náuseas e episódios de vômitos, neste caso faz-se importante a monitoração da dieta e atenção para qualquer sinal de desconforto no momento da introdução da dieta, inclusive a Síndrome de Dumping, comunicando à equipe multidisciplinar quando necessário. (NEGRÃO; BIANCHI, 2008). Faz-se comum desenvolvimento de desidratação devido à baixa ingestão de líquidos e aos episódios de vômito e diarreia. Assim os clientes devem ser estimulados a ingerir pequenas, porém freqüentes quantidades de líquidos. (SANCHES et al, 2007).

Trombose: Freqüente em 2% a 4% dos clientes submetidos ao By Pass gástrico, com mortalidade de 25% a 67% por embolia pulmonar, medidas profiláticas para o não desenvolvimento de trombose venosa profunda podem ser iniciadas antes mesmo de feita a cirurgia, com a administração de heparina de baixo peso molecular. Outros cuidados consistem em: incentivo de uso de meias elásticas, deambulação precoce, e atenção para sinais de tromboflebite, sensibilidade, hiperemia, elevação da temperatura na região da panturrilha e hipertermia. (NEGRÃO; BIANCHI, 2008).

Ferida operatória: Deve-se ter atenção para sinais de infecção na ferida operatória, evoluir presença e características de secreções. Cuidado especial deve ser dado para que não haja deiscência de sutura, pois além de rara pode ser fatal se não corrigida rapidamente. Sinais mais comuns são: taquicardia, insuficiência respiratória, dor abdominal e derrame pleural à esquerda (SANCHES et al, 2007).

Retenção urinária: Sinais de retenção urinária devem ser avaliados, para que condutas preventivas possam ser tomadas, como a necessidade de uma sondagem vesical. Vale lembrar que 50% dos clientes podem desenvolver insuficiência renal aguda no pós-operatório de gastroplastia. (NEGRÃO; BIANCHI, 2008).

Outros cuidados de enfermagem possuem igual importância neste pós-operatório, como: cuidados preventivos de infecção no local da punção periférica, sinais de hipo/hiperglicemia, sinais de hemorragias e cuidados para a prevenção do Íleo paralítico, com atenção para frequência e características das eliminações intestinais, retorno dos ruídos hidroaéreos em até 12 horas após a cirurgia, flatulência e distensão abdominal. (NEGRÃO; BIANCHI, 2008).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 TEORIA GERAL DO AUTOCUIDADO

A enfermeira doutora Dorothea Elizabeth Orem é considerada, na América do Norte, um dos maiores destaques no que diz respeito a teóricas de Enfermagem. Em 1971, Orem publicou a primeira edição de sua obra mais importante, intitulada *Nursing: concepts of practice*. Nela são formulados elementos conceituais e operacionais de seu modelo geral de enfermagem articulando três teorias: a Teoria dos Déficits de Autocuidado, a Teoria do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. (GHISLERI, 2008).

4.1.1 Teoria do Autocuidado

É a prática de atividades que um indivíduo executa para garantir a manutenção da vida, da saúde e do bem estar. Estas atividades, denominadas de requisitos de autocuidado, contribuem de maneira específica com a integridade, as funções e o desenvolvimento humano. (TORRES; DAVIM; NÓBREGA, 1999). Tais requisitos podem ser citados como: a manutenção de ingestão suficiente de ar, água e alimento, a providencia de cuidados relacionados aos processos de eliminação e excreção, o equilíbrio entre atividade e descanso, entre a solidão e a interação social, a prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e ao bem estar humano, sendo este último entendido tanto como individual quanto em grupos sociais, conforme o potencial humano, suas limitações e desejos. (SCHERER, 2006).

Entendido também como atividade de aprendizagem por meio da relação interpessoal e da comunicação. Neste sentido coloca o indivíduo adulto como responsável e com o direito de cuidar de si mesmo e manter uma vida racional e saudável e, igualmente responsável por pessoas dependentes dele. (SCHERER, 2006).

Esta Teoria mantém o conjunto: o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado. (TORRES; DAVIM; NÓBREGA, 1999)

4.1.2 Teoria dos Déficits do Autocuidado

É tida como a essência da teoria geral de enfermagem, pois delinea quando há a necessidade da enfermagem, como quando há a incapacidade ou limitações para que determinado indivíduo consiga promover seu autocuidado contínuo e eficaz. Neste sentido Orem delinea cinco métodos para as ações de enfermagem:

- 1 - Agir ou fazer para o outro;
- 2 - Guiar o outro;
- 3 - Apoiar o outro física ou psicologicamente;
- 4 - Proporcionar um ambiente propício para o desenvolvimento pessoal e que satisfaça demandas atuais e futuras de ação, e
- 5 - Ensinar o outro. (TORRES; DAVIM; NÓBREGA, 1999)

Scherer (2006), em sua dissertação, onde fala do autocuidado citado por Orem, trata a prática de enfermagem em cinco áreas de atuação:

- 1 - Iniciação e manutenção da relação enfermeiro-cliente;
- 2 - Determinação da necessidade de ajuda da enfermagem e como esta pode se dar;
- 3 - Respostas às solicitações, desejos e necessidades dos clientes pelos profissionais da enfermagem;
- 4 - Prescrição, disposição e regularidade de ajuda direta aos clientes através dos serviços de enfermagem;
- 5 - Coordenação e interação dos serviços de enfermagem com a vida diária do cliente, bem como com outros serviços de caráter social e/ou educativos.

4.1.3 Teoria de Sistemas de Enfermagem

Aqui, os cuidados são baseados na necessidade de autocuidado e na capacidade do indivíduo em executar as atividades para tal. Para isto, Orem usa uma classificação de sistemas que visam à satisfação dos requisitos de autocuidado do cliente, sendo estes: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação. (TORRES; DAVIM; NÓBREGA, 1999).

No Sistema Totalmente Compensatório o cliente se apresenta incapacitado para atender suas necessidades de autocuidado, permanecendo assim, dependente do profissional da enfermagem. (SCHERER, 2006).

No sistema Parcialmente Compensatório o cliente apresenta algumas limitações para atender suas necessidades. Sendo assim, tanto o enfermeiro quanto o cliente, executam ações de enfermagem ou outras medidas de cuidado que envolvem movimentação e locomoção. (TORRES; DAVIM; NÓBREGA, 1999)

Finalmente, o Sistema de Apoio-Educação é utilizado quando o cliente apresenta necessidade de aprender a executar ações de autocuidado, conforme suas necessidades. Neste momento ele necessita adquirir habilidades e competências para tomadas de decisões, controle do comportamento, aquisição de conhecimentos e a função da enfermagem neste caso é promover o cliente a agente cuidador. (SCHERER, 2006)

Com a possibilidade de elencar os sistemas de assistência de enfermagem no que diz respeito ao autocuidado, o profissional intervêm por meio de ações sistemáticas junto ao cliente, motivando-o em suas potencialidades, empregando métodos de ajuda apropriados para cada situação, planeja e sistematiza a prática de assistência de enfermagem utilizando o Processo de Enfermagem. (GHISLERI, 2008).

4.2 OS QUATRO CONCEITOS UTILIZADOS POR OREM

4.2.1 Seres Humanos

Orem distingue o ser humano dos outros seres vivos pela sua capacidade de refletir sobre si mesmo e seu ambiente, de simbolizar aquilo que vivenciam, por usar de idéias na comunicação e por se esforçar na realização de ações para seu próprio benefício e dos outros. Também cita neste conceito a capacidade de aprendizagem e desenvolvimento, que o leva a buscar a satisfação de suas necessidades de autocuidado de forma não instintiva. (GEORGE, 1993).

Neste estudo, os seres humanos serão os indivíduos portadores de sobrepeso e obesidade mórbida, internados na Clínica Cirúrgica I do Hospital vinculado à UFSC, que se submeterão à realização da cirurgia bariátrica. Indivíduos estes que se encontrem capacitados e disponíveis para participar das entrevistas.

4.2.2 Saúde

Apoiada na definição da OMS, Orem caracteriza a saúde como o estado de bem-estar físico, mental e social e faz menção também ao conceito de cuidados preventivos de saúde, que defende a promoção e a manutenção da saúde, o tratamento da doença ou ferida e a prevenção de complicações. (GEORGE, 1993)

Neste momento, nosso conceito de saúde está relacionado com o momento em que o sujeito da pesquisa busca por ajuda profissional para o emagrecimento e se prepara para o momento da cirurgia em questão, pois a partir daqui que ele se propõe a passar por um período delicado de cirurgia e recuperação desta, bem como a mudar seus hábitos visando o sucesso na melhora de sua saúde.

4.2.3 Enfermagem

Seu conceito de enfermagem diz que este é um serviço humano com o intuito de ajudar pessoas na recuperação e habilidades, declarando inseparáveis os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais da saúde do sujeito. (SANTOS; SARAT, 2008)

A enfermagem aqui tem todo o papel de orientação quanto ao processo de internação, preparação pré-operatória, o momento trans-operatório e cuidados no pós-operatório. Além de todo um processo de orientação e reinserção deste indivíduo na comunidade com suas atenções voltadas à adaptação a nova rotina e hábitos.

5 METODOLOGIA

O enfoque metodológico que proporciona um melhor aproveitamento no estudo e análise é a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Esta consiste na articulação intencional com a prática assistencial, isso ocorre principalmente durante a coleta de informações quando os participantes da pesquisa se envolvem na pesquisa e na assistência. (TRENTINI, PAIM, 2004). A pesquisa convergente assistencial tem como principal característica a participação ativa dos sujeitos da pesquisa: está orientada para a resolução ou minimização de problemas na prática de saúde, é compreendida e realizada em articulação com as ações que desenvolvem os pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada em uma relação de cooperação mútua. (TRENTINI, PAIM, 2004).

5.1 CONTEXTO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado na Unidade de Internação Clínica Cirúrgica I, localizada no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, localizado em Florianópolis, e vinculado a Universidade Federal da Santa Catarina. A Unidade de Internação Clínica Cirúrgica I dispõe de doze quartos, totalizando vinte e oito leitos. São distribuídos para cinco especialidades que o setor atende, são elas: Cirurgia Geral, Cirurgia Torácica, Buco-maxilo facial, Cabeça e Pescoço e Cirurgia Bariátrica, a qual conta com quatro leitos a sua disposição.

5.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos do estudo se constituíram em um grupo de dez pessoas sendo elas sete mulheres e três homens na faixa etária entre 27 e 60 anos, todos com obesidade mórbida, apresentando IMC entre 37,43 e 62,20, que estiveram internados para realizar Cirurgia Bariátrica. Destes, nove estavam em situação pré-operatória e um em pós-operatório.

5.2.1 Perfil dos participantes da pesquisa

O perfil dos participantes segundo os dados gerais coletados durante as entrevistas são apresentados no Quadro 2:

	Idade	Sexo	Peso(kg)	Altura(cm)	IMC	Estado Civil	Nº Filhos
Débora	60	F	103,5	1,47	47,90	Casada	02
João	55	M	177	1,69	62,20	Casado	05
Maria	44	F	134	1,57	54,62	Casada	05
Silvia	47	F	139,5	1,75	45,55	Casada	03
Sara	37	F	82	1,48	37,43	Casada	02
André	36	M	172	1,72	57,69	Casado	--
Marta	36	F	102	1,52	44,14	Casada	02
Flávia	34	F	119,6	1,66	43,40	Casada	02
Jair	29	M	177,1	1,73	59,18	Casado	02
Ivone	27	F	117,2	1,57	47,46	Solteira	01

Quadro 2: Distribuição dos sujeitos segundo dados gerais , incluindo idade, sexo, peso, altura, IMC, estado civil e número de filhos (2009).

Pelas informações acima observa-se que a maior parte dos sujeitos são adultos jovens, na faixa etária abaixo de 40 anos, do sexo feminino, casados e com filhos.

Como já citado anteriormente, o IMC é uma das medidas utilizadas para classificação do sobrepeso e obesidade. Partindo disto e analisando o Quadro 3, podemos perceber que, dentre os dez indivíduos participantes da presente pesquisa, 90% deles possui diagnóstico de obesidade mórbida, ou sobrepeso grau III, e apenas 1% apresentou Sobrepeso grau II.

	Escolaridade	Profissão	Renda Familiar	Naturalidade	Situação Cirúrgica
Ivone	Superior Compl	Enfermeira	3.000	Curitiba	Pré-op
Silvia	Médio Incompl	Agricultora	1.000	Maravilha – SC	Pré-op
Jair	Médio Incompl	Desempreg	1.000	Balneário Camburiú - SC	Pré-op
Débora	Fundamental Incompl	Do lar	850	Florianópolis-SC	Pós-op
João	Fundamental Incompl	Autônomo	2.000	Ponte Alta do Sul-RS	Pré-op
Maria	Fundamental Incompl	Autônoma	+500	Planalto-RS	Pré-op
Sara	Fundamental Incompl	Do lar	800	Siderópolis-SC	Pré-op
André	Fundamental Incompl	Gerente	1.400	Balneário Camburiú - SC	Pré-op
Marta	Fundamental Incompl	Do lar	1.000	Siderópolis-SC	Pré-op
Flávia	Fundamental Incompl	Manicuri	1.500	Tubarão-SC	Pré-op

Quadro 3: Distribuição dos sujeitos segundo dados gerais, incluindo escolaridade, profissão, renda familiar, naturalidade e situação cirúrgica (2009).

Verifica-se que a maioria dos sujeitos do estudo tem baixa escolaridade, com o curso fundamental incompleto. A renda familiar se encontra em média 04 salários mínimos, trabalham, e residem no estado de Santa Catarina. A maioria trabalha, e reside em Santa Catarina, apenas 03 participantes são oriundos de outros estados da região sul.

5.3 REGISTRO E ORGANIZAÇÃO DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2009. Para esta coleta quando foram utilizadas as técnicas de observação participante, pesquisas nos prontuários existentes no campo da pesquisa e entrevistas com um roteiro semi-estruturado, as quais foram gravadas, contendo dez questões abertas e específicas abordando questões de sua memória sobre: infância, adolescência e maturidade, até a tomada de decisão para a realização da Cirurgia Bariátrica. Os clientes foram observados e assistidos nos cuidados de enfermagem durante o período da manhã, período o qual as pesquisadoras estavam coletando os dados. Antes do início da entrevista, os sujeitos do estudo foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, o qual garantia o direito de desistência e seu anonimato. As entrevistas foram realizadas no período pré-operatório e pós-operatório, com duração em média duas horas cada uma, em um ambiente reservado proporcionando assim melhor conforto ao sujeito e as pesquisadoras. As entrevistas foram transcritas, digitadas e organizadas de forma a facilitar sua consulta e manuseio, após foram feitas buscas nos arquivos existentes no campo para complementar os dados.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com Trentini e Paim (2004), na pesquisa convergente assistencial, os processos de assistência, coleta e análise de informações devem ocorrer de forma simultânea, o que facilita a obtenção das informações, e o pesquisador pode refletir sobre como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo. Entende-se que a situação em estudo não se mantém estável no período de estudo; nesse caso o pesquisador intervém; a pesquisa por si intervém; assim esse tipo de pesquisa sempre envolve

ações de assistência.

A análise teve início nas entrevistas, que foram lidas sucessivas vezes e após agrupadas considerando suas similaridades e divergência, em categoria central e sub-categorias, formando um grupo de dados válidos para análise. O processo de teorização teve início a partir das relações reconhecidas durante a construção da sistematização de dados, foram buscados temas/conceitos teóricos para descobrir os valores contidos nas informações, desta forma foram formulados questionamentos que possibilitaram construir análise dos dados do estudo. Ao final da análise chegamos a três categorias:

Categoria Um: ‘O Sujeito e sua Família’, com as sub-categorias: ‘A história alimentar na infância’, ‘A história alimentar na adolescência e maturidade’, ‘O exemplo na família – Obesidade é normal’, ‘A relação com o parceiro: mudanças e limitações’ e ‘Limitações no dia-a-dia’.

Categoria dois: ‘Como eu me vejo e como os outros me vêem’, com as sub-categorias: ‘Auto-imagem: Espelho, espelho meu’, ‘Como os outros me percebem e chamam’ e

Categoria três: “O que levou à obesidade”, com as sub-categorias ‘Por que mudar de vida e como’, ‘Tentativas de autocuidado’ e ‘Tratamento especializado e confiança no futuro’.

Estas categorias serão apresentadas nos dois artigos em organização própria, a fim de facilitar a compreensão da análise dos dados.

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Segundo Corrêa (2008), a palavra ética do latim *ethicus*, derivada do grego *èthikós*, é um ramo de conhecimento que estuda a conduta humana, estabelecendo os conceitos do bem e do mal, em uma determinada sociedade e época. É a ciência do comportamento moral dos homens em sociedade. É uma ciência, pois tem objeto próprio, leis próprias e método próprio. Enquanto conhecimento científico, a ética deve aspirar à racionalidade e objetividade mais completas e, ao mesmo tempo, deve proporcionar conhecimento sistemático, metódico e no limite do possível comparável. (CIAÇÃO LONGA). A pesquisa foi realizada de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos: resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe de normas sobre pesquisa com seres humanos, onde a mesma foi então encaminhada e aprovada pelo comitê de ética da

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, com o número 038/09.

A Resolução CNS 196/96 preconiza ainda, para as pesquisas que envolvam seres humanos, o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, que foi desenvolvido neste estudo, para respeitar e assegurar o anonimato dos sujeitos do estudo (APÊNDICE A). O mesmo visa proteger o sujeito de pesquisa na sua dignidade e integridade física, garantir que o pesquisador aja eticamente em relação aos sujeitos da pesquisa, garantir também a integridade e o bem do pesquisador. É utilizado também com o objetivo de facilitar a comunicação entre o pesquisador e o pesquisado (MARTIN, 2002).

O consentimento informado, com o conhecimento por parte do cliente, do procedimento, risco e consequência, é a condição suficiente para a autorização da pesquisa, se há consentimento informado, então é ético submeter o sujeito à pesquisa. Uma concepção adequada do consentimento deve respeitar o valor objetivo da pessoa humana, seguindo um princípio de autonomia e liberdade que transcenda o contrato intersubjetivo pesquisador-pesquisado. (SOUZA, 2002).

6 RESULTADOS

Os resultados foram organizados em forma de artigos de pesquisa a serem enviados posteriormente para publicação em periódicos de enfermagem.

ARTIGO I – A HISTÓRIA DE VIDA DE PESSOAS COM OBESIDADE MÓRBIDA – UMA EXPERIÊNCIA NO SUL DO BRASIL

Artigo a ser submetido a um Periódico classificado no QUALIS como Internacional, a ser definido posteriormente.

A HISTÓRIA DE VIDA DE PESSOAS COM OBESIDADE MÓRBIDA – UMA EXPERIÊNCIA NO SUL DO BRASIL¹

Alixandra Trindade²
Cintia Hugen Panata³
Janaina Schmitt⁴
Maria Itayra Padilha⁵

Resumo: Este estudo tem como objetivo conhecer a história de vida de clientes com obesidade mórbida internados em um hospital geral para submeter-se a Cirurgia Bariátrica, utilizando como referencial teórico a Teoria do Autocuidado. É uma pesquisa qualitativa descritiva na qual foram realizadas entrevistas, abordando a história de vida de 10 sujeitos internados em um Hospital Universitário do sul do Brasil. Como resultados verificamos que 60% entre homens e mulheres, não foram criados no âmbito familiar, sendo que o sexo feminino apresentou maior incidência na ausência de carinho por pais biológicos. A dor corporal é destacada por 100% dos entrevistados como fator limitador. As dificuldades para o autocuidado apresentado pelos participantes se evidenciam pela desistência da prática de atividades físicas. A auto imagem negativa é um fator motivador para a decisão da realização da cirurgia bariátrica. Em relação a sexualidade, a obesidade não é um fator considerado importante e os parceiros os apóiam e aceitam do jeito que estão. O preconceito faz parte do cotidiano do indivíduo obeso, interferindo em sua vida, atitudes e decisões. Finalmente, cada indivíduo apresenta um relato de vida diferente, com alterações psicoemocionais, hormonais, sociais e/ou econômicas que influenciaram no aumento de peso. Os discursos revelaram o desconhecimento quanto à doença e quanto a cirurgia a ser realizada e a importância do papel da equipe de saúde neste processo.

Palavras chave: história, obesidade, obesidade mórbida, cirurgia bariátrica.

¹ Este estudo é parte do trabalho de conclusão de Curso de Enfermagem realizado na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

² Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

³ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

⁴ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

⁵ Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFSC. Doutora em Enfermagem pela Escola Anna Nery (UFRJ). Pos-Doutora pela Lawrence Bloomberg Faculty of Nursing at University of Toronto. Canada. Líder do Grupo de Estudos da História do Conhecimento de Enfermagem e Saúde (GEHCES). Pesquisadora do CNPq.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A obesidade mórbida é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. É considerada uma doença epidêmica em vários países do mundo. Esta doença é caracterizada por ser multifatorial, de origem genética e metabólica, agravada pela exposição a fenômenos ambientais, culturais, sociais e econômicos, associados a fatores demográficos (sexo, idade, raça) e ao sedentarismo. (PUGLIA, 2004).

A obesidade acarreta prejuízos à saúde do indivíduo, e representa um grande problema atual, sendo considerada uma epidemia mundial. Com a transição da urbanização e industrialização há um aumento no consumo de alimentos industrializados aumentando assim o consumo de energia para mais do que o corpo precisa. Com isso ocorre o ganho de peso ocasionando a obesidade a qual é um fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis, que compõem um grupo de entidades que se caracterizam por apresentar, de uma forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito, e vêm ocupando um maior espaço no perfil de morbi-mortalidade. (MARIATH et al, 2007). Os hábitos alimentares desenvolvidos no século atual são marcados pela forte presença de carboidratos e, principalmente, de lipídios na dieta, sendo este um forte contribuinte no aumento da incidência da obesidade. (ROSADO; MONTEIRO, 2001).

Os hábitos alimentares na infância tem sido um importante fator para o desenvolvimento da obesidade tanto na infância quanto na maturidade. A família é a primeira instituição que tem ação sobre os hábitos do indivíduo, sendo responsável pela compra e preparo dos alimentos em casa, transmitindo seus hábitos aos filhos. A qualidade de vida de portadores de Obesidade Mórbida é comprometida devido a prejuízos psicossociais e no funcionamento físico, como dores nas articulações, na coluna que os impossibilitam de realizar atividades do dia-a-dia. Além do risco aumentado de morbidade e mortalidade associados ao excesso de gordura corporal, o excesso de peso também pode afetar condições diversas relacionada à saúde. Neste contexto também cabe relacionar o desenvolvimento da obesidade à Teoria do Autocuidado, visto esta tratar das atividades que um indivíduo executa em função de manter a vida, a saúde e o bem estar. (TORRES; DAVIM; NÓBREGA, 1999).

Trabalhar a história de vida remete o pesquisador a segundo plano dentro do seu estudo. Ele deixa de ser o “dono do saber” e passa a ouvir o que o sujeito tem a dizer sobre si. Busca-se aqui o ponto de vista do sujeito e assim apreender e compreender a vida a partir dos

relatos e interpretações do próprio ator. Um relato da história de vida também ajuda o pesquisador a caracterizar o grupo de inserção deste indivíduo de acordo com suas práticas sociais, ajudado na compreensão de suas atitudes e decisões. (GLAT, 1989 apud SPINDOLA; SANTOS, 2003)

Como a obesidade é uma doença crônica de etiologia multifatorial, seu tratamento envolve vários tipos de abordagens, são elas: orientação dietética, programação de atividade física e uso de fármacos anti-obesidade, são os mais utilizados para esse tipo de tratamento, sendo assim os pilares do mesmo. Quando esses métodos não são eficazes surge então a necessidade de uma intervenção mais complexa, sendo ela a indicação da Gastroplastia.

O objetivo deste estudo foi conhecer a história de vida dos clientes que se submetem a Cirurgia Bariátrica e/ou Gastroplastia, bem como as dúvidas, angústias, pré-conceitos que os cercam antes da realização dessa cirurgia.

2 METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, na qual procuramos salientar os aspectos da experiência humana, tendo como principal intuito a investigação do mundo vivido, a partir da história de vida dos sujeitos que vivenciam a situação de obesidade mórbida. Além do mais o pesquisador tem a possibilidade de compreender e observar as reações de indivíduos frente à determinada situação.

O estudo teve como cenário a Unidade de Internação Clínica Cirurgia I em um Hospital Geral, em Florianópolis, vinculado a Universidade Federal da Santa Catarina. Foram sujeitos da pesquisa dez usuários, sendo três homens e sete mulheres com faixa etária entre 26 a 60 anos, com IMC entre 37,43Kg/M² e 62,20Kg/m², que estiveram internados para realizar Cirurgia Bariátrica, destes nove estavam em situação pré-operatória e um em pós-operatório. A coleta dos dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2009. Os critérios para a seleção dos sujeitos do estudo foram: estar internados para realização da cirurgia bariátrica, aceitarem participar do estudo e estarem em condições para responder as perguntas. Para coleta dos dados foi utilizada a aplicação de um roteiro de entrevista semi-estruturada composto por dez perguntas que abordavam sua história de vida desde a infância até a tomada da decisão para a realização da cirurgia. Ao início das entrevistas, os sujeitos do estudo foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, o

qual garantia o direito de desistência e seu anonimato. De acordo com os aspectos éticos, todas as etapas da pesquisa obedeceram às determinações da Resolução 196/96 – Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, onde a mesma foi então encaminhada e aprovada pelo comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, com o número 038/09.

A análise dos dados constituiu-se em quatro momentos. No primeiro as entrevistas foram gravadas, transcritas e agrupadas de acordo com sua similaridade. No segundo momento da apresentação das falas foram atribuídos nomes fictícios para todos os entrevistados. No terceiro, foram estabelecidas categorias centrais e sub-categorias, formando um grupo de dados para análise e no quarto momento foi realizado o processo de teorização, foram buscados temas/conceitos teóricos para descobrir os valores contidos nas informações, desta forma foram formulados questionamentos que possibilitaram construir análise dos dados do estudo. Chegamos a duas categorias de análise. São elas: O sujeito e sua família, com as sub-categorias: A história alimentar na infância; A história alimentar na adolescência e maturidade; O exemplo na família – a obesidade é normal; Relação com o Parceiro: mudanças e limitações; e Limitações no dia-a-dia. A segunda categoria foi: Como eu me vejo e como os outros me vêem, com as sub-categorias: Auto-imagem: Espelho, espelho meu; e Como os outros me percebem e me chamam.

3 RESULTADOS

3.1 O SUJEITO E SUA FAMÍLIA

O arranjo familiar "não-tradicional", famílias que diferem da família padrão, é cada vez mais frequente. Um exemplo desse arranjo são as famílias monoparentais, sendo inúmeras as crianças vivendo com pais solteiros ou divorciados. Outro exemplo são os pais recasados, cujos filhos convivem ou não com o novo cônjuge do pai ou da mãe, e com os irmãos dessas novas uniões ou de uniões anteriores. (MINELLA, 2005). Tendo como base as entrevistas realizadas podemos observar tamanha a interferência da família no desenvolvimento de cada componente da mesma.

[...] Minha mãe faleceu quando eu tinha 08 meses de idade, meu pai era

pescador, casou de novo e vivia viajando...e lá ficavam por meses. Então fui criada pelos meus avós maternos e minha tia [...].Meu pai faleceu há 12 anos, mas a gente convivia muito bem, eu ia sempre à casa dele e ele vinha sempre na minha também, eu só não morei com ele... E com a mulher do meu pai me dou bem até hoje. (Débora)

[...] Depois de cinco anos que meu pai faleceu, minha mãe casou de novo [...] ele se tornou meu pai e eu o amo, e a gente tem uma convivência muito boa. Hoje os dois são separados porque eles brigavam muito, e ele bebe um pouco também né [...]. Somos em 06 irmãos [...] A nossa relação é muito boa. Crescemos todos juntos. [...] a gente tem uma convivência super boa. [...]. (Samanta).

Meus pais são separados desde que eu tinha 09 anos, tenho dois irmãos [...] Nos três fomos criados pela nossa mãe, nos damos muito bem. Ai quando eu tinha 10 anos minha mãe casou novamente [...] nós nos dávamos bem com ele, ai depois ela se separou e agora está morando comigo. Meu pai também casou novamente, mora aqui, tem 03 filhos com a atual esposa dele. Minha relação com meus irmãos por parte de pai [...] é uma relação normal. E minha relação com meu pai é boa, mantemos contato diariamente. (Ivone).

Com base nos relatos dos sujeitos podemos registrar que a figura do pai e da mãe na vida de cada um deles é de extrema importância e a ausência ou perda observamos a diferença que estes os fazem é visivelmente notável pela forma que eles abordam este assunto e relatam momentos inesquecíveis para muitos. Tais questões devem ser valorizadas, uma vez que exercem influência determinante na formação dos filhos, ao estabelecer normas reguladoras de papéis desempenhados pelos sexos. É no seio da família que se desenvolve o aprendizado dos papéis que o indivíduo vai desempenhar no âmbito social, por isso a importância de compreender as relações e interações entre os membros da família. (BARROS, 2006). A família é o palco onde entram em cena, às vezes de forma dramática, as mais genuínas experiências de afeto, prazer, dor, medo, e tantas outras emoções que favorecem o mais inesquecível dos aprendizados. (WAGNER, FALCKE, MEZA,1997).

Segundo Wagner e colaboradores (1997), as experiências dos sujeitos construídas na família, na escola, no bairro e em todos os seus círculos sociais, contribuirão diretamente na sua formação enquanto adulto, fazendo-o capaz de tomar decisões, relacionar-se, trabalhar, escolher um cônjuge, etc. Partindo disto passamos para as cinco subcategorias analíticas: A história alimentar na infância, A história alimentar na adolescência e maturidade, O exemplo na família: obesidade é normal, Relação com o Parceiro: mudanças e limitações e Limitações do dia-a-dia.

3.1.1 A história alimentar na infância

Nesta sub-categoria da pesquisa abordamos a temática da alimentação dos sujeitos a partir de suas memórias da infância, na qual hábitos alimentares e paladar são adquiridos. Entendemos que a história de vida destes sujeitos do estudo pode ter influenciado no desenvolvimento do quadro de obesidade mórbida nos mesmos. Sabe-se que a alimentação durante a infância, ao mesmo tempo em que é importante para o crescimento e desenvolvimento, pode também representar um dos principais fatores de prevenção de algumas doenças na fase adulta. Frequentemente a família, os fatores sociais e os ambientais podem influenciar o padrão alimentar das crianças. (ROSSI, MOREIRA, RAUEN, 2008). Os depoimentos abaixo podem clarificar estas idéias e mostrar a realidade familiar dos sujeitos do estudo:

A gente comia de tudo! A gente que é criado com fazendeiro então não tem como sentar e comer só umas coisinhas, era muita comida, e comida pesada, charque, queijo colonial, pirão...[...] ! O feijão em casa não era só feijão simples, já era arrumado feijoada, com as coisas boas dentro. Eu adoro polenta, se tivesse todos os dias, eu comia todos os dias.[...] se ela faz na terça-feira, aí já tem pra quarta, quinta, no almoço, na janta, com batatinha, carne, ou senão lá no meio da tarde eu gosto de tirar aquelas fatiazinhas e colocar na chapa do fogão pra tostar a casquinha dela e comer com queijo. E frutas também, porque na fazenda sempre teve pé de nectarina, laranja, goiaba, muitas frutas, e hortaliças plantadas também. (João)

[...] A base da nossa alimentação era feijão, abóbora, batata, coisas mais pesadas. Meus pais sempre foram agricultores, então a mesa tinha comida muito variada [...] salames, queijo feito em casa, salada, verduras, porque tinha plantação de tudo em casa. Os doces era minha mãe quem fazia, doces de frutas, mas nunca compravam doce de mercado, esses doces de hoje industrializados, sabe?. (Sílvia)

Nestes depoimentos observamos que a família exerce um papel importante no desenvolvimento de hábitos alimentares das crianças, sendo que também os mesmos são influenciados pelas condições socioeconômicas e pelo ambiente em que são criados. As crianças não possuem conhecimento quanto ao que é saudável e o que é dispensável na alimentação diária do ser humano. Este autocuidado, no entanto, se desenvolve nesta fase da vida das pessoas, com os exemplos presentes no dia-a-dia, partindo da relação interpessoal que matêm, cuidados estes baseados no estilo de vida de cada família.

No cuidado da saúde da criança a alimentação é um aspecto fundamental para a promoção de sua saúde. Porém, entendemos que a nutrição e as

práticas alimentares são práticas sociais, não podendo ser abordadas por uma única perspectiva disciplinar, pois o significado do ato de nutrir, de comer, ultrapassa o mero ato biológico. Nessa perspectiva, compreendemos como práticas alimentares a seleção, o consumo, a produção da refeição, o modo de preparação, de distribuição, de ingestão, isto é, o que se planta, o que se compra, o que se come, como se come, onde se come, com quem se come, em que frequência, em que horário, em que combinação, tudo isso conjugado como parte integrante das práticas sociais. (ROTENBERG, VARGAS, 2004, p. 86).

A criança normalmente não decide sobre o que vai comer, quando e aonde. Ela aceita o que os pais decidem que é melhor para ela, atribuindo-se apenas o papel de gostar ou não do que lhe é ofertado como alimento. A alimentação na infância também é citada pelos sujeitos como saudável, considerando a qualidade do alimento ingerido.

Ah, minha alimentação quando criança era saudável. [...] eu comia era arroz, feijão, batata, cenoura, beterraba...tudo que eu procuro dar pros meus filhos hoje. [...], não tinha fritura, [...] era mais galinha, maionese, macarrão. (Samanta)

[...] Assim, minha alimentação, que eu lembre, era minha mãe quem fazia, creio que era uma alimentação balanceada, com verduras, frutas, sucos. A minha mãe não dava refrigerante, chocolate, essas coisas. (Ivone)

Nestas falas é possível observar que ambas consideram que sua alimentação na infância era saudável, tendo como base alimentos ricos em carboidratos, proteínas e fibras, responsabilizando a figura materna pelos hábitos alimentares adquiridos na infância. Na promoção de uma alimentação saudável os hábitos alimentares da idade adulta estão relacionados com os aprendidos na infância.

O adulto seleciona o que tem a sua disposição e utiliza o que pensa ser conveniente para proporcionar o cuidado mais adequado para seus filhos, o que nos leva a refletir sobre possíveis julgamentos no que diz respeito à educação da criança. Antes de pensar em um possível desleixo na criação dos filhos, devemos nos remeter à educação deste adulto quando este era criança, somado ao estilo de vida que esta família atual consegue manter, pois é neste contexto social que o aprendizado para o autocuidado desta criança se formará.

A disponibilidade e o acesso ao alimento em casa, as práticas alimentares e o preparo do alimento, influenciam o consumo alimentar da criança. A população infantil é, do ponto de vista psicológico, socioeconômico e cultural, influenciada pelo ambiente onde vive, que na maioria das vezes, é constituído pelo ambiente familiar. Dessa forma, as suas atitudes são,

freqüentemente, reflexos desse ambiente. (ROSSI, MOREIRA, RAUEN, 2008, p.740). Apenas um dos sujeitos do estudo refere que a família tinha uma preocupação excessiva com o seu peso corporal, talvez aliando o baixo peso a falta de saúde, como refere abaixo:

Quando eu nasci não sei o que me deu que eu fiquei bem magrinho, fiquei só na pele e osso. O médico disse pra minha mãe me levar [...], que eu não iria vingar. Minha família começou a me dar um monte de remédio caseiro, garrafada, e eu passei por essa fase. E por isso tudo que acontecia minha mãe falava ‘come come...’ como se a comida fosse o remédio que não me deixaria mais doente, e me davam de tudo pra comer. (Jair)

Neste depoimento é possível analisar que a família tem uma visão de que todo e qualquer tipo de alimento é saudável e faz bem a saúde. Que o fato de comer é ser saudável, não se preocupando com a saciedade da criança e as consequências causadas pela perda da saciedade. O desejo de superalimentar o bebê ou os hábitos inadequados da família podem induzi-lo a “abandonar” a sua percepção fisiológica de saciedade, aceitando a saciedade do outro e não a sua própria. A afirmação: *eu não preciso comer mais* é substituída pelo *não agüento comer mais*. Em muitas famílias, o alimento é usado como prêmio, como castigo, ou para aliviar tensões. (PARIZZI et al, 2004, p.2).

3.1.2 A história alimentar na adolescência e maturidade

Esta sub-categoria trabalha a alimentação em duas fases da vida, adolescência e maturidade, abordando os hábitos alimentares e as mudanças adquiridas especialmente quando iniciam a adolescência.

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento acompanhada de processos de crescimento e de maturação, tanto do ponto de vista somático como do psicológico. Trata-se de um período de elevada demanda nutricional, e, por este motivo, a nutrição desempenha um papel importante no desenvolvimento do adolescente, uma vez que o consumo de uma dieta inadequada pode influenciar de forma desfavorável o crescimento somático. (ALBANO; SOUZA, 2001, p.512).

Na fase adulta, pode-se afirmar que as tendências de transição nutricional ocorrida em diferentes países do mundo convergem para uma dieta mais rica em gorduras (prevalência de origem animal), açúcares e alimentos refinados, e reduzida em carboidratos complexos e

fibras. Junto com a dieta altamente calórica, vêm o declínio progressivo da atividade física, (percebendo-se alterações na composição corporal) e assim o aumento da gordura corporal. No Brasil, estudos comprovam que essa transição nos padrões nutricionais, relacionando-os com mudanças demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas ao longo do tempo, estão refletindo na diminuição progressiva da desnutrição e no aumento da obesidade. (FRANCISCHI et al, 2000).

Dorothea Orem quando aborda os cinco métodos de ação da enfermagem, menciona um em especial que trata da educação em saúde. Aliado a isso, Orem descreve a Teoria de Sistemas de Enfermagem, na qual o Sistema de Apoio-Educação é um dos requisitos de autocuidado dos clientes. Neste sentido a população pode contar com este profissional nas situações em que a falta de conhecimento resulta num agravamento à sua saúde, como no caso do obeso e sua família. (TORRES; DAVIM; NÓBREGA, 1999). De acordo com Gambardella et al, (1999, p.56),

Todas as transformações da adolescência têm efeito sobre o comportamento alimentar, influenciado por fatores internos, auto-imagem, necessidades fisiológicas e saúde individual, valores, preferências e desenvolvimento psicossocial; e por fatores externos, hábitos familiares, amigos, valores e regras sociais e culturais, mídia, modismos, experiências e conhecimentos do indivíduo. Os adolescentes tendem a viver o momento atual, não dando importância às consequências de seus hábitos alimentares, que podem ser prejudiciais.

Apresentamos a seguir os depoimentos dos sujeitos acerca da evolução de seus hábitos alimentares na adolescência e a evolução dos mesmos para a idade adulta, porque entendemos que são importantes para a compreensão da história de vida destes sujeitos e que as etapas da vida estão interligadas em suas consequências. Isto pode ser identificado com clareza nos depoimentos abaixo:

Com 12/13 anos saí de casa pra trabalhar de doméstica, aí minha alimentação mudou bastante. [...] aí passei a comer o que ofereciam nas casas que eu trabalhava, e era macarronada, massas quase todos os dias. Mas a salada eu sempre comi bastante. Foi nessa época que comecei a comer doce. [...]comecei a ter meu dinheirinho e quando queria comer um docinho aí até o mercado. E com 40 anos eu tive um bar [...] Aí quando ficava sozinha e dava fome, ia lá na estufa e pegava um salgadinho, abria uma lata de refrigerante[...] (Débora)

Na minha adolescência mudou bastante, porque aí já veio o X-salada [...]. E também muda o controle da mãe sobre a comida da gente. [...] E também eu trabalhava, aí então vinha pra gente marmita pronta da própria empresa, e vinha muito aquele salitre [...]. Vinha comida normal, arroz, feijão, minestra, polenta, carne ensopada. Agora a minha alimentação é normal: de

manhã eu só tomo uma xícara de café com umas duas bolachas, [...] ao meio dia eu almoço arroz feijão, batata, bife, galinha, salada, eu como bastante salada, de tudo quanto é tipo. [...] E à noite ou eu janto o que sobrou do almoço, ou senão eu só belisco, fico beliscando durante o dia. (Samanta)

Ai na adolescência [...] chega a independência agente começa a comer besteira. [...] Eu fui trabalhar em Lauro Müller, e lá eu engordei muito devido a ansiedade pela fato de estar morando em um lugar diferente né. Eu tinha 22 anos, e lá não tinha muito o que fazer, não tem shopping, não tem cinema, então a gente acabava se reunindo pra fazer alguma coisa pra comer, sabe, tipo um cachorro quente, uma lasanha[...]. Hoje eu não consigo levantar e tomar café da manhã, eu vou tomar café quando da tempo né, aí acabo comendo qualquer besteira, tipo bolachinha doce, pão. Almoço, algumas vezes levo de casa, tipo salada, arroz, carne, mas nunca misturo, tipo arroz com macarrão, procuro fazer uma combinação certa, o único problema é que eu como bastante sabe! [...] Ai a tarde eu só como besteira mesmo, tipo coxinha, salsicha, algum salgadinho, é só besteira mesmo. Ai na janta eu como bastante, tipo lasanha, cachorro quente, pizza, eu posso ficar o dia todo em jejum mais a noite é o horário que eu mais sinto fome. (Ivone)

Analisando estes depoimentos, foi possível identificar que os sujeitos após saírem da casa de sua família e adquirirem independência financeira desenvolveram alterações em seus hábitos alimentares, com o acesso fácil a comidas industrializadas e praticidade em prepará-los, muitos passaram a consumir este tipo de alimentos. Além disso, os hábitos alimentares se adaptam aos ambientes a que pertencem e também às condições financeiras para mantê-los.

O setor industrial agroalimentar brasileiro, consolida-se nos anos 80, potencializando um mercado urbano e jovem, o que pode ser exemplificado pelo crescimento das despesas com alimentação fora de casa, particularmente em restaurantes do tipo *fast food* e com a alimentação em locais de trabalho ou em bares e restaurantes. Vários são os fatores associados à dieta que poderiam contribuir para o aumento do sobrepeso/obesidade dos brasileiros ao acarretarem mudanças importantes nos padrões alimentares tradicionais, são eles: (1) migração interna; (2) alimentação fora de casa; (3) crescimento na oferta de refeições rápidas; (4) ampliação do uso de alimentos industrializados/ processados. Estes aspectos vinculam-se diretamente à renda das famílias e às possibilidades de gasto com alimentação. (MENDONÇA; ANJOS, 2004, p. 701).

Durante a adolescência podem aparecer novos padrões e hábitos alimentares gerados por motivos psicológicos, sociais e socioeconômicos, inclusive influência de amigos, busca de autonomia e identidade, aumento do poder de compra, hábito de preparar rotineiramente seu próprio alimento, a urbanização e o hábito de comer fora de casa. Todas essas alterações

podem repercutir, em longo prazo, na saúde futura do indivíduo adulto e na escolha posterior dos alimentos. Os adolescentes são vulneráveis do ponto de vista nutricional, pois tendem a omitir refeição, especialmente o café da manhã, consumir mais alimentos entre as principais refeições, aumentando a ingestão de açúcares e gorduras saturadas e diminuindo a de micronutrientes. (GODOY et al, 2006). Alguns sujeitos do estudo indicam com clareza a utilização de uma alimentação hipercalórica e não balanceada, conforme podemos identificar abaixo:

[...] Bom quanto à alimentação na minha infância e adolescência, posso dizer que foi uma alimentação normal, comia arroz, feijão, comia de tudo. [...] quando conheci a minha namorada [...] que eu engordei mesmo, porque o pai dela tem supermercado ela trabalha lá, então ela trabalhava até as 9h, 10h, depois que ela saía de lá a gente vai jantar, tinha dias que nos jantávamos 2h da manhã, arroz, batata frita, maionese, suco, salada [...] Nos últimos quatro anos consecutivos fui comendo assim, um dia sim outro não [...] Hoje é assim: se não tiver dois bifes eu fico bravo[...] a carne não pode faltar. Hoje seria meu prazer sabe, comer carne com massa, tipo assim às vezes falo para minha mãe quando ela está no fogão: 'ô mãe um pãozinho com bife dentro, um ovo frito, uma coca, e maionese pra mim tá mais que bom!'. Fruta pra mim que não gosto muito, se tiver qualquer outra coisa é melhor [...]. Minha alimentação mudou muito da minha infância até agora, hoje como praticamente um churrasco durante a semana, com pão, maionese, salada, [...]. Doce eu gosto mais não sou de comer muito [...] geralmente como na casa da minha namorada, em restaurante, depois da comida sempre como, mais em casa assim não. (André)

Não adianta dizer que eu tive alimentação saudável, sempre quis a parte mais gorda, mais mal passada da comida. E eu sou gordo porque cozinho bem, faço lasanha, costela no forno [...] (Jair)

De um modo geral, a população tende a preferir, dentro das possibilidades, ingerir alimentos ricos em gorduras e carboidratos, a exemplo das massas em geral, bolos, frituras, dentre outros, alegando que é mais saboroso e que satisfaz mais a vontade do que a própria fome. E isso fica mais freqüente quando a pessoa obesa sabe o modo de preparo e gosta de cozinhar, pois desta forma quando sente vontade ele faz e o faz ainda melhor, a seu gosto, seguindo suas preferências com relação a temperos e incrementações.

Um aspecto a ser observado aqui é a importância da prática de educação em saúde para estas famílias, partindo mesmo das ações da Enfermagem, que aborde o tema alimentação saudável. De acordo com a Teoria do Autocuidado, o adulto é responsável pelos que dele dependem, além de si mesmos. (TORRES; DAVIM; NÓBREGA, 1999). A base para o autocuidado alimentar adquirida na infância norteará a sua atitude para a vida adulta.

Daí a importância dos profissionais de saúde para ajudar no planejamento de uma dieta diária. Este deve valorizar as preferências do sujeito em questão, relacionar os hábitos alimentares, prática de escolha dos alimentos, modo de preparo e consumo às práticas de atividades físicas, além de pensar nesta nova rotina como algo a ser seguido a longo prazo. (SEBOLD et al, 2007).

3.1.3 O exemplo na família – a obesidade é normal

Sabe-se que exercício, dieta e genótipo interagem de modo complexo e por mais que se modifique o ambiente, os genes parecem ter um papel significativo na determinação da longevidade, risco de doenças, potencial atlético e tendência à obesidade. (BOUCHARD; et al, 2008). Os dados obtidos a partir da história de vida dos sujeitos do estudo indicam que muitos têm ou tinham familiares que também possuíam problemas com sobrepeso/obesidade.

Minha avó, minha mãe, minha irmã, meus tios são gordos. (Flávia)

Minha mãe e toda a família dela são gordos. Minha irmã também é gordinha. (Jair)

Todas as minhas irmãs são gordas [...] A média de peso, 100Kg pras mulheres. Já dos homens o mais gordo deles pesa uns 80Kg, e esse tem uns 1,75cm de altura. A média de altura entre a gente também, vai de 1,60cm à 1,75cm de altura. Minha mãe [...] chegou a pesar uns 100Kg[...]. E da família deles, tanto do pai quanto da mãe, tenho muitos tios e tias gordos também. (Silvia)

[...] O meu pai tem sobre peso, ele pesa 95kg, só que ele é baixinho também tem 1,65m. A minha mãe [...] já foi gordinha já pesou 90 kg também, ela deve ter 1,60m[...]. Meu irmão mais velho agora está obeso tem 1,80m e pesa 100kg, meu irmão do meio já foi obeso já não é mais[...] Tios é da parte da minha mãe, tenho umas tias que são gordinhas mais não obesas, da parte do meu pai não tem pessoas com sobrepeso. (Ivone)

O sobrepeso dos familiares é entendido como algo natural, parte da realidade em que os sujeitos do estudo vivenciam, e, portanto, esperando sem surpresas. A probabilidade genética de alguém ser obeso ou não depende de diversos fatores e dentre eles, a hereditariedade.

Estima-se que crianças cujos pais não sejam obesos tenham apenas 10% de chance de se tornarem obesas; se um dos pais for obeso, a chance é de 40% e

chega a 80% para crianças com pai e mãe obesos. [...] O ambiente tem papel decisivo no desenvolvimento da obesidade, não se sabendo bem como se dá a interação de fatores hereditários e ambientais no aumento de peso. (NAHAS, 2006 p. 28).

Observando que o fator genético influencia no desenvolvimento do sobrepeso/obesidade, é que se mostra mais importante que o cuidado/autocuidado seja aprendido desde cedo. Dizemos isto, pois esta criança crescerá e, com ela, seguirão os efeitos dos hábitos adquiridos, além de que está servirá de exemplo a alguém futuramente.

Sendo o autocuidado um conceito a ser construído, a motivação e o exemplo familiar é um importante ponto a ser tratado. O sujeito constrói suas crenças e valores no decorrer do seu amadurecimento e a partir do que vivencia em seu cotidiano. O obeso, ou futuro obeso, nessa história, frequentemente convive com familiar também obeso, que por sua vez possui práticas de saúde não saudáveis que o outro toma com exemplo, formando-se os conceitos de saúde/doença.

3.1.4 Relação com o Parceiro: mudanças e limitações

As práticas sexuais nos dias de hoje tem sofrido contantes modificações e transformações, essas alterações são decorrente de mudanças, sejam elas, psicológicas ou patológicas. O início da vida sexual é considerado, historicamente, como um dos importantes marcos da passagem da infância para a vida adulta. Este início, tanto no senso comum como científico, tem sido associado à primeira relação sexual. Alguns autores, entretanto, ampliam este conceito para todo o processo de experimentação física e relacional que se inicia nas primeiras manifestações da puberdade e se estende até depois da primeira relação sexual. (RABELLO; GOMES, 2009).

A sexualidade é experimentada ou expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades, práticas, papéis e relacionamentos. Além do consenso de que os componentes socioculturais são críticos para a conceituação da sexualidade humana, existe uma clara tendência, em abordagens teóricas, de que a sexualidade se refere não somente às capacidades reprodutivas do ser humano, como também ao prazer. (PERREIRA, 2005).

Nos depoimentos abaixo, a obesidade não afeta a relação com as vivências com os parceiros apesar de os depoimentos indicarem a busca de um meio de melhorar sua auto-imagem, sua qualidade de vida e bem estar.

A relação com minha mulher é muito boa, é ótima. Não mudou nada nem na relação sexual com ela. Ela me apóia muito quanto a essa cirurgia. (Jair)

Meu marido sempre me apoiou. A convivência com ele nunca mudou, não mudou nem a relação sexual [...]. Ele me apóia tanto que agora tá lá cuidando da mãe dele[...] pra eu vir tranqüila pra cá. (Sílvia)

Outro aspecto apontado pelos sujeitos do estudo com relação a vida sexual e afetiva com o parceiro, é sobre a importância do amor para superar o sofrimento e as dificuldades, fazendo com que adaptem a gordura à qualidade do relacionamento, conforme vemos abaixo:

Depois de uma certa idade a gente sabe que não tem muito amor né, [...] E depois, o aumento do meu peso também interferiu, a gente tá mais quieto, na vida sexual não tem condição né. De uns três anos pra cá já não é aquela coisa de antes. (João)

Minha relação com meu esposo é ótima [...] ele gosta de mim como eu estou [...] Nossa relação sexual é normal, meio apagada, meio acesa, mas é por causa de mim mesmo, tinha épocas que eu não virava de costas pra ele, por vergonha [...] agora eu já viro de costas. (Samanta)

Ele entende meu lado, não quero com a luz acesa ele entende de boa, sabe! Tento me esconder o máximo, as vezes fico com um pedaço de roupa[...]. Por mais que ele me diga que gosta do jeito que sou mais eu não gosto de mim assim [...] Temos um relacionamento bom, mas eu sempre tive vergonha, [...] ele entendia minha vergonha, ele deixa eu ficar assim porque ele sabe que me incomoda, e se ele falar alguma coisa ele sabe que a gente não vai se entender sabe. (Ivone)

Os padrões de estética que vemos hoje em dia serem defendidos, direta ou indiretamente, pelos meios de comunicação, e que acabam condicionando nosso dia a dia, são injustos com as pessoas que não se enquadram no que poderia chamar de beleza. Essas particularidades que antigamente não eram motivo de preocupação, hoje são vistas como um problema. A obesidade é relatada enquanto padrão de estética, imagem corporal, baixa auto-estima, discriminação, sentimentos de rejeição e exclusão social, problemas funcionais e físicos, sentimentos de vergonha e auto-culpabilização, além da insatisfação com a vida, isolamento social. Se o indivíduo for obeso ele se sente sexualmente indesejável. Se o homem ou a mulher está insatisfeito com o próprio corpo não, se sente bonito nem atraente, a auto-estima está baixa, e logo evitam contato com outras pessoas, reduzindo a hipótese de uma

vida sexual positiva. (RIBEIRO, 2008, p.2).

3.1.5 Limitações no dia-a-dia

Junto ao desenvolvimento da obesidade, o corpo adquire comorbidades e limitações para a prática de atividades da vida diárias. A dor é um dos fatores mais marcantes na vida do obeso, tornando-se crônica em alguns casos. Um estudo realizado nos EUA, que avaliava a dor da pessoa obesa e o impacto causado por ela na qualidade de vida, mostrou que cerca de 50% dos 312 indivíduos entrevistados apresentava dor pelo menos moderada, e propunha que esta deva ser considerada no processo do tratamento. (SILVA et al, 2006).

Devido às dificuldades enfrentadas pelo obeso, desde a dor da locomoção até a dor psicológica derivada da discriminação, autores como Gonçalves (2004) mencionam a obesidade como uma tarefa cotidiana além do que o indivíduo pode suportar, e as falas a seguir retratam esta característica:

Eu trabalhava de empregada doméstica, mas tive que sair porque tinha muita dor nos ossos [...] Sinto muita dor nas costas, não consigo ficar parada em pé por muito tempo, me canso muito, não faço praticamente nada [...] me sinto até mal porque me criei trabalhando e de repente me vejo assim, sem poder pentear meu cabelo, às vezes, porque dói as juntas, e tenho que pedir ajuda. (Maria)

Eu sinto dificuldade até de ficar na pia pra cortar uma cebola, sabe? Porque dói muito a minha coluna. [...] Meus pés incham muito. Me vejo obrigada a pedir ajuda pro meu marido pra fazer as tarefas da casa. [...] A gente se sente na pior nessas horas...até pra amarrar um tênis, fechar o sutiã eu tenho que pedir pra ele me ajudar[...]. (Débora)

[...]Não consigo fazer uma faxina como eu fazia antes[...]Cansa muito, eu sinto dor no corpo todo, os meus pés incham...até é ruim pra ir no banheiro e depois me limpar, é difícil, me dá câimbra[...]. Pra amarrar um tênis nem dá! Eu sempre peço ajuda, não tenho vergonha, coloco o pé em cima da mesa, do sofá, meus filhos me ajudam[..]. (Samanta)

A dor por si proporciona um sofrimento, então uma reflexão aqui se faz importante, acerca de que a mesma, não apenas dificulta estas pessoas de praticar atividades que outrora faziam sem qualquer problema, mas em alguns momentos os impossibilita até mesmo de tentá-las, levando-as em alguns casos a passarem pelo constrangimento pessoal de não conseguir realizar sua própria higiene, como citado, e chegar ao extremo de abandonar seus

empregos. As dificuldades para o auto-cuidado apresentado pelos participantes devido os limites decorrentes da obesidade se mostram pela desistência da prática de atividades que proporcionam estas limitações. Existem meios de cumprir as atividades enfrentadas pelas limitações, como com o auxílio de um fisioterapeuta, enfermeiro ou médico, dentre outros profissionais que poderiam controverter estas limitações com tratamentos adequados quando procurados na hora certa, sem esquecer que há todo um contexto social que permeia e influencia atitudes mediante a esta situação.

Com relação à atividade física, este estudo abordou especialmente a história de vida dos sujeitos com relação ao modo como estas fizeram parte de seu cotidiano e também as dificuldades enfrentadas pelos mesmos para manter um estilo de vida mais ativo apesar da obesidade.

Quando eu era criança nossas brincadeiras na escola eram sempre de correr, na adolescência parei porque comecei a trabalhar. Com 42 anos comecei a fazer ginástica (alongamento) [...] onde eu ia três vezes por semana. Faz um ano que acabou. E eu caminhava nesse período também, todos os dias com meu marido.[...]. A gente fazia 45 minutos de ida e 45 minutos de volta no mínimo. Mas há dois anos parei por causa das dores nas costas e nas pernas [...]. (Débora)

Quando era novo, o esporte era montar num bezerro[...]. Eu e mais três rapazes saíamos com a espingarda nas costas e a gente caçava lebre, veado...e tinha as tardes dançantes da igreja também. Agora, se eu for fazer caminhada, enquanto to caminhando é muito bom, mas, depois que paro sinto dor nas pernas, nos joelhos. (João)

Exercício físico eu nunca gostei. Quando tava fazendo dieta eu até caminhava uma hora todo dia, mas depois parei, não gosto mesmo. (Samanta).

Percebe-se pelos depoimentos dos sujeitos do estudo que os mesmos vêm de uma realidade na qual a atividade física regular é percebida a partir de sua relação com o dia-a-dia da família. Com o passar do tempo e também do aumento de peso, a atividade física passa a ser uma necessidade, porém também um tormento, pois embora tenham consciência de que este comportamento sedentário parece ser um dos principais agentes causadores do excesso de gordura, em contrapartida, a obesidade parece conduzir o indivíduo a uma diminuição dos níveis de atividade física. (MENDONÇA; ANJOS, 2004).

Não basta praticar atividades físicas apenas na infância ou juventude para uma boa qualidade de vida na maturidade é importante toda uma junção de boas práticas como, uma alimentação balanceada, prática de exercícios físicos diários, manter uma rotina de trabalho e

lazer que lhe traga satisfação e tranquilidade, dormir bem, enfim, traçar maneiras que ajudem na melhora da qualidade de vida. Os depoimentos abaixo mostram o quanto a obesidade pode criar um círculo vicioso na vida das pessoas em termos de justificarem a não atividade pelo peso, ao mesmo tempo em que tem consciência do quanto isto seria importante para uma vida mais saudável.

Atividade física antes de casada nunca tinha feito, até que casei e começamos a participar dos times de futebol lá da comunidade. A gente treina de vez em quando agora, jogamos em torneios e tudo! (Silvia)

[...] Completamente sedentária [...] e lá também é ruim de caminhar porque é morro, [...], eu chego cansada em casa. E academia eu não gosto, até agora eu ia me inscrever para fazer taekwondo, mas não tive coragem, também porque eu sou muito mole. (Ivone)

Sabemos que a obesidade traz consigo uma série de problemas e dentre eles as dificuldades de adaptação para a prática do exercício, portanto fica evidente a necessidade de adaptação e de escolha do que se encaixa melhor no perfil de cada obeso. É importante ressaltar que precisamos buscar atividades físicas ou exercícios que nos dêem prazer em realizá-los, para que possamos praticá-los com disposição. O sedentarismo é definido como a falta ou a grande diminuição da atividade física. Do ponto de vista da Medicina Moderna, o sedentário é o indivíduo que gasta poucas calorias por semana com atividades ocupacionais. (MENDONÇA; ANJOS, 2004).

Não só para os obesos, porém especialmente à eles, a prática regular de atividades físicas pode trazer inúmeros benefícios, como a melhora na capacidade cardiovascular e respiratória, diminuição da pressão arterial, melhora a tolerância à glicose, na ação da insulina. (SEBOLD et al, 2007). E se combinada com uma boa alimentação, representa a forma mais eficiente e saudável para manter ou reduzir o peso corporal. É preciso que estes comportamentos sejam incluídos no estilo de vida das pessoas e não apenas por um determinado período. (NAHAS, 2006, p.49).

Embora a maioria dos relatos mostre que a atividade física não se faz presente no cotidiano destas pessoas, todas de certo modo sabem o quanto esta prática é importante para seu tratamento e que deveria ser adquirida como uma forma de autocuidado, tornando-se um hábito. O incentivo aqui também se torna influente, visto que sozinhos estes indivíduos não se animam para tais atividades. Então pensamos que a assistência de enfermagem, aliada a outros profissionais, por meio de ações sistemáticas, pode intervir positivamente no desenvolvimento de ações para o autocuidado, tanto a orientação quanto os benefícios que a

atividade física proporciona, até na procura e avaliação dos resultados decorrentes desta prática.

3.2 COMO EU ME VEJO E COMO OS OUTROS ME VÊEM.

Conviver em sociedade leva os indivíduos a criarem conceitos e imagens sobre pessoas, papéis, fenômenos do cotidiano, o que, de certo modo induz a uma vivência baseada em representações entre os grupos sociais. Estes conceitos e imagens, naturalmente, são considerados certos ou errados, um equívoco gerado na aceitação ou não de um destes conceitos podem provocar o surgimento do preconceito, do estigma e até mesmo de exclusões sociais. (RANGEL, 1993).

Nesta categoria do estudo tratamos como o preconceito se faz presente na vida dos entrevistados e como os rótulos impostos pela sociedade influenciam em suas vidas. Adjacente ao preconceito alheio fazemos uma reflexão quanto à imagem que estas pessoas fazem de si, suas angústias e frustrações. Para este ponto, foram identificadas duas categorias analíticas: Auto-Imagem: Espelho, espelho meu, e Preconceito: Aos meus olhos e aos olhos do outro.

3.2.1 Auto-imagem: Espelho, espelho meu

A imagem corporal é representada pelo que sentimos e pensamos sobre nossa aparência física. Assim a partir dela que a auto-imagem foi criada, com base em nossos valores e opiniões. A harmonia entre o que idealizamos e o que vemos diante do espelho é fundamental para se levar uma vida social adequada. (PEDROLO; ZAGO, 2000). Está harmonia pode, e é influenciada pelo modo como está pessoa age para alcançá-la, no modo como ela cuida de si, nas atividades que desempenha visando seu bem estar. No caso do indivíduo obeso, o descontentamento gerado pelo excesso de peso leva a uma auto-imagem negativa, que muitas vezes acarreta a rejeição pelo próprio sujeito, como podemos observar nos depoimentos abaixo:

[...] Hoje eu não me olho no espelho. Antes eu me olhava no espelho, me via

magrinha e era muito bom, agora eu não quero nem ver, passo bem longe do espelho. [...] Antes eu gostava do que eu via, hoje não gosto do que vejo. [...] mas me aceito. (Samanta)

[...] Eu não gosto de me olhar no espelho, mesmo que eu já fui bem mais magra do que eu sou agora. Às vezes eu me olho e penso: 'Meu Deus como eu fui deixar chegar a esse ponto'. [...] as pessoas olham e devem pensar que: 'Há, isso foi um descontrole dela'. [...] Por causa do peso, meus sentimentos são ruins. Tipo, agora mesmo, eu não consigo aceitar como cheguei a essa situação. [...] Depois que ganhei minha filha meu abdômen ficou muito flácido. Faço de tudo para não olhar minha barriga no espelho. Não me olho sem roupa no espelho de jeito nenhum [...]. (Ivone)

De acordo com as falas das entrevistadas, o fato de se olhar no espelho revela a indignação e o questionamento pessoal quanto ao peso atual. O sentimento de fracasso aparece e, por conseguinte a vergonha em ver a própria imagem, mesmo estando sozinhas, a faz querer fugir de si mesmas. A rejeição pelo próprio corpo é tamanha, que elas evitam ao máximo verem-se refletida no espelho. Outra característica revelada neste trecho, é que todas as falas condizentes à negação em se encarar diante do espelho são todas de mulheres. Estar fora do padrão de beleza dito aceitável mexe de forma mais significativa com a auto-imagem e auto-estima feminina.

Outra questão analisada é a percepção real que o sujeito tem do seu próprio peso e como isso é encarado no seu dia-a-dia. A visão distorcida da imagem corporal pode agravar a qualidade de vida do obeso, uma vez que, não tendo as reais dimensões de seu corpo e da gravidade do excesso de peso em questão, o processo de conscientização e procura por ajuda especializada torna-se tardio, aumentando a probabilidade do desenvolvimento de comorbidades e de um abalo psicológico e da auto-estima. (NASCIMENTO et al, 2008). Isto se reflete na fala de um dos nossos entrevistados:

É assim, eu sempre fui um rapaz muito esportista, fazia aula de caratê, musculação, era bem fortão, já cheguei a dançar no Clube das Mulheres, e hoje estando desse jeito [...] me sinto culpado de ser um rapaz tão atleta e do nada estar desse jeito sabe, eu não senti que estava engordando, a impressão que me dá é que eu fui dormir com 74Kg e acordei com cento e poucos! [...] Talvez eu nem sinta que eu sou tão gordo assim, às vezes quando eu vejo uma pessoa gorda eu penso: 'Poxa, que gordo, será que ele é mais gordo que eu?', aí as pessoas falam: 'Nossa você é o dobro dele!', aí eu falo: 'Poxa, mais que tamanho eu tenho?' Assim, eu até consigo me visualizar, a proporção que eu to gordo sabe, uma vez ou outra quando eu passo na frente do espelho eu me olho, aí penso: 'Poxa to gordo mesmo.' [...]. (André)

Talvez a auto-percepção neste caso esteja diretamente ligada a este convívio, visto o seu dia-a-dia ter-se passado em ambientes frequentado por atletas, junto ao fato de que este era um indivíduo que se manteve em perfeita forma física por longo período. Mesmo que, por motivos de relacionamento pessoal tenha abandonado tal estilo de vida, sua auto-imagem ainda permanece como se seu corpo, embora atualmente obeso, fosse o mesmo de antes. Pensamos aqui no fato da auto defesa, decorrente da não aceitação das mudanças no seu estilo de vida, que o faziam feliz, fazendo com que André não se veja como obeso.

3.2.2 Como os outros me percebem e me chamam

Em tempos atuais o conceito estigma, é utilizado para casos em que se salientam características ou sinais de falha, injustiça, infâmia, que causam vergonha ao indivíduo, e tornam o mesmo indesejável, inferior e até ruim ou perigoso. (SCHILLING; MIYASHIRO, 2008). Decorrente de déias já fixadas, pré-conceitos estabelecidos com relação a determinado assunto ou sinal peculiar, é que nascem estas espécies de rótulos que são atribuídos às pessoas que possuem estes sinais, estabelecendo classes ou categorias, desqualificando-as socialmente. (RANGEL, 1993).

O estigma está diretamente ligado ao contexto das relações que tal sujeito mantém com sua sociedade, e pode levar a um tratamento pejorativo. Na sociedade em que vivemos é nítida a multiplicidade de estilos e personagens que compõem as populações de cada região do país, um contingente vasto de características individuais. (BANDEIRA; BATISTA, 2002). Portanto, é de conhecimento geral, que estas diferenças nem sempre são aceitas facilmente, visto que a sociedade é composta por uma chamada “elite”, que juntamente com a influência da mídia, por vezes, dita o que é certo ou errado o que se enquadra ou não nos padrões de vida por ela estabelecida. Se um padrão de físico escultural predomina, indivíduos que não o alcançam terão seus valores negados na sua diferença, sendo alvo de preconceito e desvalorização da sua identidade. (BANDEIRA; BATISTA, 2002). Os entrevistados deste estudo mostram com clareza e com muito sofrimento o quanto se percebem excluídos do meio social pelo fato de serem obesos, conforme vemos abaixo:

[...] Hoje, se me perguntassem o porquê de eu querer operar, ainda seria pelo preconceito das pessoas, porque hoje eu passo na rua e vejo as pessoas cochicharem ‘Olha o tamanho dele, que gordo!’ Às vezes você está super bem, aí vai no banco, daqui a pouco você vê uma criança, ou uma mulher,

elas param e ficam te olhando. [...] É muito chato você ir em uma festa e não estar se sentindo bem, sabe. [...] Isso me magoa muito, sabe.[...] Tem muita gente que diz que você é malandro, que é para fechar a boca. “[...] No meu serviço [...] - ‘Pô, se você desse uma corridinha a mais na praia, talvez você não estivesse tão gordo. (André)

Eu trabalho com catequese há muitos anos, e a gente sente que as pessoas falam de quem é gordo. Tinham alunos meus que não queriam bater fotos comigo, nos dias de festa, porque eu sou gorda [...]. (Silvia)

Eu senti muito preconceito por parte dos usuários (ela é Enfermeira de uma Unidade Básica de Saúde) principalmente das pessoas idosas. Já ouvi comentário: - “Há como você está gorda, antes de você ganhar tua filha você era tão magra, tão bonita e agora tu está tão gorda”. Já na parte dos funcionários não sinto preconceito até mesmo porque a maioria deles é gordinho, rola brincadeiras mais eu encaro de maneira diferente[...]. (Ivone)

As falas dos entrevistados mostram que o preconceito faz parte do cotidiano do indivíduo obeso, partindo de desconhecidos, colegas de trabalho e até mesmo entre familiares, interferindo de fato em sua vida, em suas atitudes e decisões. Não ser ‘normal’ lhes causa sofrimento por si só, e este sentimento os domina quando a informação sobre seu ‘defeito’ é manipulada. É nesta hora que se percebe o dano causado à moral do sujeito obeso, do tamanho da violência que o rótulo de pessoa relapsa com relação à imagem corporal lhes causa. A violência não necessariamente é evidenciada por marcas físicas, podemos avaliá-la como sendo também uma arma de repercussão psicológica, emocional, que atinge um valor precioso do ser humano: a auto-estima.

De uma maneira geral, o preconceito é associado ao descrédito na sociedade, e além da discriminação, vincula-se à exclusão social. A discriminação, segundo Bitencourt et al (2009), apresenta-se como uma forma de violência e é entendida como uma forma de tratamento preconceituoso para com certas pessoas, grupos. (BANDEIRA; BATISTA, 2002). Essa exclusão tanto pode ser gerada de um indivíduo para com o outro, quanto partir do próprio discriminado para consigo, a partir de uma marginalização do ‘eu’, como se seu próprio meio lhe representasse uma ameaça. Cabe ainda dizer que essa auto-exclusão do mundo lhe serve também como um refúgio, um meio de proteção para o ego já ferido.

[...] Se a gente vai comprar uma roupa é uma dificuldade. Tu já mentes o número da roupa porque fica com vergonha da mulher que vai vender, porque ela, na cabeça dela, vai pensar: ‘Ai, nossa que gorda!’ Então eu já procuro usar tudo com elástico, que é mais fácil e evita de eu passar por aquele constrangimento. [...] Eu tenho vergonha de ser gorda. Tenho vergonha de estar num ambiente onde eu sou a gorda e os outros são magrinhos. [...]. Invento de tudo pra não ir comprar roupas pra mim, peço pra minha cunhada ir na loja pegar pra mim [...]. O preconceito no meu

caso é da minha parte mesmo. Eu nunca presenciei alguém falando de mim, até porque eu fujo das pessoas, eu corro delas! (Samanta)

Eu gosto muito de ir pras festas sabe, mas já desisti por causa do meu peso. Penso que se eu vou num lugar e vou ficar de mal comigo mesma, então prefiro nem ir. Acho ridículo ser gorda mesmo! Não vou mais nem à praia por causa disso. Fazem dois anos que eu não visto um maiô, porque é feio mesmo! (Débora)

Outro aspecto relativo ao preconceito e estigma sofrido e percebido pelos sujeitos do estudo, esta no uso de termos pejorativos para designá-los, conforme referido por eles mesmos:

[...] Claro que tem os que me chamam de baleião, hipopótamo, tudo quanto é bicho [...] (João)

[...] Na família eu acho que tem preconceito sim. Já me chamaram de baleia, de gorda. Isso nas horas de brincadeira, mas mesmo assim chamam. Brincando ou não, chamam. (Débora)

Sempre fui brincalhão, sempre aceitei meus apelidos, e tinham vários: maçã, porque o rosto era sempre vermelho, laranja, melancia... (Jair)

Quando eu era criança meu peso já me incomodava, na escola os coleguinhas me chamavam de gorda, baleia, bolo fofo, e isso me incomodava muito, me incomoda até hoje né. Tipo quando alguém fala: “Há que gordinha que ela tã, engordou.[...] Porque é diferente a pessoa ser magra a ser chamada de Olívia Palito, é diferente de chamar um gordinho de: Gordinho, fofinho, ou de alguma coisa assim.[...] (Ivone)

Os apelidos ou termos pejorativos retratam ainda mais o estigma social enfrentado pelo obeso, e este tratamento muitas vezes dá a impressão de que a identidade desta pessoa é perdida, uma vez que os apelidos muitas vezes tomam o lugar do nome próprio. É muito comum em nosso meio, ao descrevermos alguém, utilizarmos algum tipo de identificação positiva, tais como, “aquela de cabelo comprido, ou aquela gorda....” e sequer percebemos o quanto isto pode estar afetando o outro a nossa frente. E por mais que ele tente acostumar com a situação, encarando-a como uma brincadeira, talvez o sofrimento de impotência por não ser considerado normal só os faça esconder-se ainda mais da sociedade, atrasando o difícil processo do tratamento efetivo.

Sudo e Luz (2007, p. 1036) mencionam o corpo como o cartão de visitas da pessoa, é o que vêm primeiramente exposto ao olhar e ao discurso dos outros. O obeso, de imediato, é caracterizado negativamente pelo atributo que carrega: *‘a manta de gordura que carrega em*

desacordo com os padrões estéticos em vigor.’ Independente da quantidade de ‘quilos indesejados’ estes indivíduos passam por enquadramentos que, muitas vezes, colocam à prova seu humor diário.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa revelou a importância da história de vida dos clientes que são submetidos à cirurgia bariátrica. A influência da família, do estilo de vida adotado por cada um e as dificuldades enfrentadas no âmbito social reflete neles a necessidade de um cuidado multiprofissional diferenciado. A história de vida permite identificar que a figura do pai e da mãe na vida de cada um dos sujeitos do estudo é de extrema importância para o desenvolvimento das experiências e vivências de cada um. Neste sentido, as memórias de infância, na qual hábitos alimentares e paladar são adquiridos podem ter influenciado no desenvolvimento do quadro de obesidade mórbida nos mesmos. Sabe-se que a alimentação durante a infância, ao mesmo tempo em que é importante para o crescimento e desenvolvimento, pode também representar um dos principais fatores de prevenção de algumas doenças na fase adulta.

Um fator importante foi a identificação de que a obesidade é parte do cotidiano familiar no qual o sobrepeso dos familiares, incluindo pai e mãe, é considerado aceitável. Observando que o fator genético influencia bastante no desenvolvimento do sobrepeso/obesidade, é que se mostra mais importante que o cuidado/autocuidado com a alimentação e vida saudável é um hábito essencial de ser adquirido desde a infância.

A busca pela cirurgia bariátrica se insinua como forma de melhorar ou reduzir as limitações e desconfortos, considerando-se que 100% dos entrevistados relataram este problema ao longo da vida. Além do sofrimento que a dor por si proporciona, uma reflexão aqui se faz importante acerca de que ela não apenas dificulta estas pessoas de realizarem atividades que antes faziam sem qualquer problema, mas que por vezes os impossibilita até mesmo de tentá-las, levando-as em alguns casos a terem que passar pelo constrangimento pessoal de não conseguir realizar sua própria higiene, como citado, e chegar ao extremo de abandonar seus empregos. As dificuldades para o autocuidado devido os limites decorrentes da obesidade influenciam também na não realização de atividades físicas. O cuidado dos profissionais de saúde por meio de ações sistemáticas, pode intervir positivamente no

desenvolvimento de ações para o autocuidado, desde a orientação quanto aos benefícios que a atividade física proporciona, até na procura e avaliação dos resultados decorrentes desta prática.

Outro aspecto que percebemos como importante na história de vida dos sujeitos do estudo se refere a auto imagem da pessoa com obesidade mórbida pois estar fora do padrão de beleza dito aceitável mexe de forma mais significativa com a auto-imagem e auto-estima, especialmente feminina. Além disso, os sujeitos deste estudo referem sofrimento pelo preconceito quanto ao indivíduo obeso por parte de colegas de trabalho, familiares, e outros, o que interfere em sua vida, atitudes e decisões. Este preconceito se reflete nos apelidos ou termos pejorativos e o estigma social enfrentado pelo obeso desde a infância.

Finalmente, podemos observar em cada indivíduo entrevistado um relato de vida diferente, com alterações psicoemocionais, hormonais, sociais e/ou econômicas que influenciaram para o ganho de peso dos mesmos. O papel da equipe de saúde vai além do orientar e informar. Deve trabalhar com o objetivo de conscientizar o cliente a participar corretamente do seu tratamento, realizando educação em saúde de uma maneira simples, verdadeira, respeitando a capacidade intelectual e cultural de cada cliente.

REFERÊNCIAS

- ALBANO, Renata Doratioto; SOUZA, Sônia Buongiorno de. Ingestão de energia e nutrientes por adolescentes de uma escola pública. **J. Pediatr.**, 2001, v. 77, n. 6, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572001000600015&script=sci_arttext&tlng=ptpt> Acesso em 10 março 2009.
- BANDEIRA, Lourdes; BATISTA, Anália Soria. Preconceito e discriminação como expressões de violência. **Revista Estudantil Feminista**, v.10, n.1, p. 119-141. 2002.
- BARROS, M. L. **Família e gerações**. Rio de Janeiro: FGV, 2006. 163p.
- BITTENCOURT, Alex Avelino et al. Sentimento de discriminação em estudantes: prevalência e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 236-45, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/2009nahead/92.pdf>> Acesso em: 15 abril 2009.
- BOUCHARD, C.; PÉRUSSE, L.; RICE, T. et al. The genetics of human obesity. In: BRAY, G.A.; BOUCHARD, C.; JAMES, W.P.T.. **Handbook of Obesity**. New York: Marcel Dekker Inc, 1998.
- FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev. Nutr.**, v. 13, n. 1, p. 17-28, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v13n1/7919.pdf>> Acesso em: 16 abril 2009.

GAMBARDELLA, Ana Maria Dianezi; FRUTUOSO, Maria Fernanda Petrolí; FRANCH, Claudia. Prática alimentar de adolescentes. **Rev. Nutr.**, v. 12, n.1, p. 55-63, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52731999000100005&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em 14 abril 2009.

GODOY, F.C.et al. Índice de qualidade da dieta de adolescentes residentes no distrito do Butantã, município de São Paulo, Brasil. **Rev. Nutr.**, v. 19, n. 6, p. 663-671, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732006000600003&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 28 março 2009.

GONÇALVES, Clarissa Azevedo. O “peso” de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero. **Mneme – Revista Virtual de Humanidades**, v. 5, n. 11, jul./set. 2004. Disponível em: <http://74.125.47.132/search?q=cache:9Vv5bOHjiV0J:www.cerescaico.ufrn.br/mneme/pdf/mneme11/100.pdf+O++E2%80%9Cpeso%E2%80%9D+de+ser+muito+gordo:+um+estudo+antropol%C3%B3gico+sobre+obesidade+e+g%C3%AAnero.&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-a> Acesso em: 30 abril 2009.

MARIATH, Aline Brandão et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 897-905, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400017&tlng=es&lng=en&nrm=iso Acesso em: 15 maio 2009.

MENDONÇA, Cristina Pinheiro; ANJOS, Luiz Antonio dos. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 698-709, 2004. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300006 Acesso em: 30 maio 2009.

MINELLA, L. S. **Gênero e contracepção: uma perspectiva sociológica**. Florianópolis: UFSC, 2005. 191p.

NAHAS, Markus V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**. 4. ed. Londrina: Midiograf, 2006.

NASCIMENTO, Luciana Maria Pereira do; AMARAL, Renata Moraes; MENEZES, Ruth Losada et al. Percepção da imagem corporal, auto-estima e qualidade de vida em alunos da UNATI/UCG. **Revista Digital EFDeportes**, v. 14, n. 127, 2008. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd127/percepcao-da-imagem-corporal-auto-estima-e-qualidade-de-vida.htm> Acesso em: 23 maio 2009.

PARIZZI, Márcia Rocha et al. A importância do resgate da percepção da saciedade no tratamento e na prevenção da obesidade da criança e do adolescente. **Textos Científicos Sociedade Mineira de Pediatria**; 2004.

PEDROLO, Flávia Tatiana; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A imagem corporal alterada do laringectomizado: resignação com a condição. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 46, n. 4, p. 407-415, 2000. Disponível em: http://74.125.47.132/search?q=cache:3vQhGzK8uBEJ:www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/a

rtigo4.pdf+A+imagem+corporal+alterada+do+laringectomizado:+resigna%C3%A7%C3%A3o+com+a+condi%C3%A7%C3%A3o.&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-a> Acesso em: 05 junho 2009.

PERREIRA, Francisca Carla da Silva. **A sexualidade como componente da identidade humana**. Teresina: Universidade de Piauí, 2005.

PUGLIA, Carlos Roberto. Indicações para o tratamento operatório da obesidade mórbida. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 50, n. 2, p. 118-118, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200015> Acesso em: 01 junho 2009.

RANGEL, Mary. A Violência do Estigma e do Preconceito à Luz da Representação Social. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília/DF, 1993. Disponível em: <http://www.polemica.uerj.br/pol25/artigos/lipis_3.pdf> Acesso em: 03 maio 2009.

REBELLO, Lúcia Emilia Figueiredo de Sousa; GOMES, Romeu. Iniciação sexual, masculinidade e saúde: narrativas de homens jovens universitários. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 2, p. 653-660, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000200034&script=sci_arttext> Acesso em: 19 abril 2009.

RIBEIRO; Vera Lúcia Pinto. **Obesidade e a função sexual**. O portal dos Psicólogos. Lisboa: Hospital de Sat. Louis, 2008.

ROSADO, Eliane Lopes; MONTEIRO, Josefina Bressan Resende. Obesidade e a substituição de macronutrientes da dieta. **Rev. Nutr.**, v. 14, n. 2, p. 145-152, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732001000200008&script=sci_arttext&tlng=es> Acesso em: 18 maio 2009.

ROSSI, Alessandra; MOREIRA, Emília Addison Machado and RAUEN, Michelle Soares. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Rev. Nutr.**, v. 21, n.6, p. 739-748, 2008.

ROTENBERG, Sheila and DE VARGAS, Sonia. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 4, n.1, p. 85-94, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292004000100008&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 05 junho 2009.

SILVA, M. Paes et al. Obesidade e qualidade de vida. **Acta Med Port**, v. 19, p.247-250, 2006.

SEBOLD, Luciara Fabiane; RADÜNZ, Vera; ROCHA, Patrícia Kuirten et al. **Proenf: Saúde do Adulto**. 2. ed. Florianópolis: ABEn, 2007.

SCHILLING, Flávia; MIYASHIRO, Sandra Galdino. Como incluir? O debate sobre o preconceito e o estigma na atualidade. **Educação e Pesquisa**, v. 34, n. 2, p. 243-254, 2008.

SUDO, Nara; LUZ, Madel T. O gordo em pauta: representações do *ser gordo* em revistas semanais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 4, p. 1033-1040, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400024&tlng=en&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 25 junho 2009.

TORRES, Gilson de Vasconcelos; DAVIM, Rejane Marie Barbosa; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de Orem: estudo de caso com uma adolescente grávida. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 47-53, abr. 1999.

WAGNER, Adriana; FALCKE, Denise; MEZA, Eliane Böttcher Duarte. Crenças e valores dos adolescentes acerca de família, casamento, separação e projetos de vida. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.10, n.1, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79721997000100011&script=sci_arttext&tlng=in> Acesso em: 07 maio 2009.

ARTIGO II - A CIRURGIA BARIÁTRICA COMO POSSIBILIDADE DE SER FELIZ

Artigo a ser submetido a um Periódico classificado no QUALIS como Internacional, a ser definido posteriormente.

A CIRURGIA BARIÁTRICA COMO POSSIBILIDADE DE SER FELIZ¹

Cintia Hugen Panata²

Alixandra Trindade³

Janaina Schmitt⁴

Maria Itayra Padilha⁵

Resumo: Tem por objetivo compreender os principais motivos que levaram os clientes a optarem pela Cirurgia Bariátrica e as influências da mesma para a sua qualidade de vida. É uma pesquisa qualitativa descritiva na qual foram realizadas entrevistas, abordando a história de vida de 10 sujeitos internados em um Hospital Universitário do sul do Brasil. Como resultados verificamos que 30% dos sujeitos obtiveram uma alimentação hipercalórica na infância, e com a independência financeira esse número aumentou para 70% ocasionando a Obesidade Mórbida. A família exerce um papel importante no desenvolvimento de hábitos alimentares, sendo também influenciados pela condição socioeconômica e pelo ambiente familiar. Durante a adolescência vivenciam novos hábitos alimentares que podem repercutir, em longo prazo, na saúde futura do indivíduo adulto e na escolha posterior dos alimentos. A busca pelo auto tratamento, incluindo a auto-medicação, se torna a primeira alternativa, mas como não contam com um respaldo profissional, desenvolvem o chamado ‘efeito sanfona’ e fracasso. Verificamos que os fatores que contribuíram para a tomada de decisão pela cirurgia bariátrica, foram a estética corporal, as dores corporais, as limitações e uma melhor qualidade de vida. Há uma grande esperança no futuro pós cirurgia, pois pretendem retornar a seus afazeres da vida tendo como principais foco a família e o trabalho.

Palavras chave: história, obesidade, obesidade mórbida, cirurgia bariátrica

¹ Este estudo é parte do trabalho de conclusão de Curso de Enfermagem realizado na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

² Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

³ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

⁴ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

⁵ Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFSC. Doutora em Enfermagem pela Escola Anna Nery (UFRJ). Pos-Doutora pela Lawrence Bloomberg Faculty of Nursing at University of Toronto. Canada. Líder do Grupo de Estudos da História do Conhecimento de Enfermagem e Saúde (GEHCES). Pesquisadora do CNPq.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A obesidade é uma doença crônica que não tem cura, reconhecida pelo acúmulo de tecido adiposo no organismo. (NUNES et al, 1998 e SEGAL; FANDIÑO, 2002 apud SEBOLD, 2007) Possui aspectos multifatoriais, podendo os agentes promotores serem de ordem hormonal, hereditários, alta ingestão calórica e baixos níveis de atividade física. (SALVE, 2006). É considerada um dos maiores problemas de saúde pública em muitos países, a Organização Mundial da Saúde a descreve como um problema de abrangência mundial, pelo fato de um número elevado de pessoas possuírem tal diagnóstico, bem como pela predisposição que estes indivíduos possuem para outros tipos de doenças e até a morte prematura devido ao sobrepeso. (SALVE, 2006).

Os hábitos alimentares na infância tem sido um importante fator para o desenvolvimento da obesidade tanto na infância quanto na maturidade. A família é a primeira instituição que tem ação sobre os hábitos do indivíduo, sendo responsável pela compra e preparo dos alimentos em casa, transmitindo seus hábitos aos filhos. A qualidade de vida de portadores de Obesidade Mórbida é comprometida devido a prejuízos psicossociais e no funcionamento físico, como dores nas articulações, na coluna que os impossibilitam de realizar atividades do dia-a-dia. Além do risco aumentado de morbidade e mortalidade associados ao excesso de gordura corporal, o excesso de peso também pode afetar condições diversas relacionada à saúde. Neste contexto também cabe relacionar o desenvolvimento da obesidade à Teoria do Autocuidado, visto esta tratar das atividades que um indivíduo executa em função de manter a vida, a saúde e o bem estar. (TORRES; DAVIM; NÓBREGA, 1999).

Quando o indivíduo apresenta um Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 40Kg/m^2 , é classificado clinicamente como obeso mórbido e necessitam de tratamento cirúrgico. Quando o IMC está entre 35 e 40Kg/m^2 este mesmo tratamento é considerado desde que o cliente porte doença clínica cujo controle seja facilitado com a perda de peso corporal, a exemplo da hipertensão arterial sistêmica e diabete mellitos. (FERRAZ et al, 2003). Há pontos específicos a serem considerados também para que o cliente seja submetido à Cirurgia Bariátrica, como ineficácia de inúmeros tratamentos não cirúrgicos, IMC acima de 40Kg/m^2 há longo período de tempo, avaliação psíquica favorável para a realização de tal procedimento, entre outros. (SEBOLD et al, 2007).

Analisando a história de vida dos clientes entrevistados para esta pesquisa, buscamos identificar os principais motivos que levaram estes clientes a optarem pela Cirurgia Bariátrica

e as influências da mesma para a sua qualidade de vida.

2 METODOLOGIA

Pesquisa de caráter descritivo qualitativo, constituído por dez integrantes sendo sete do sexo feminino e três do sexo masculino com faixa etária entre 26 e 60 anos, todos com obesidade mórbida, apresentando IMC entre 37,43Kg/M² e 62,20Kg/m², que estiveram internados para realizar Cirurgia Bariátrica, sendo que nove estavam em situação pré-operatória e um em pós-operatório.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2009. Sendo utilizado a aplicação de um roteiro de entrevista semi-estruturada, composto por dez perguntas que abordavam sua história de vida desde a infância à maturidade até a tomada da decisão para a realização da cirurgia. Ao início das entrevistas, os sujeitos do estudo foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, o qual garantia o direito de desistência e seu anonimato. As entrevistas foram realizadas no período pré-operatório e pós-operatório, com duração em média duas horas cada uma, em um ambiente reservado proporcionando assim melhor conforto ao sujeito e aos pesquisadores. As entrevistas foram transcritas, digitadas e organizadas. Nesse momento foram criados nomes fictícios aos entrevistados, após foram feitas buscas nos arquivos existentes no campo para complementar os dados. A pesquisa foi realizada de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que visa normas sobre pesquisa com seres humanos. O projeto da pesquisa foi então encaminhado e aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, com o número 038/09.

Para alcançarmos os objetivos propostos na pesquisa a análise teve início com as entrevistas, que foram lidas sucessivas vezes e agrupadas conforme sua similaridade, formando assim duas categorias. São elas: O que levou à Obesidade Mórbida e suas sub-categorias: A história alimentar na infância; A história alimentar na adolescência e maturidade. E a segunda categoria: Porque mudar de vida e como, e suas sub-categorias: Tentativas de auto-cuidado; Tratamento Especializado e confiança no futuro.

3 RESULTADOS

3.1 O QUE LEVOU À OBESIDADE MÓRBIDA

A obesidade mórbida, como já dito anteriormente é uma patologia que evolui a partir de um desequilíbrio alimentar que vai acontecendo em determinado momento da vida, como também ao longo de toda uma vida até culminar numa situação crítica. Esta criticidade obriga a uma reeducação alimentar, atividade física, medicamentos, grupos de auto ajuda, dentre outros, faz com que os indivíduos se reconheçam com um problema e a partir daí tomem determinadas decisões acerca de sua vida.

A obesidade é um distúrbio nutricional de difícil tratamento, decorrente de múltiplas causas e responsável por uma série de graves repercussões biológicas e psicossociais. Nas últimas décadas, a prevalência da obesidade e suas complicações vêm crescendo de uma maneira descontrolada entre adultos, crianças e adolescentes em vários países do mundo, surpreendendo organizações e profissionais de saúde. (PARIZZI et al, 2004, p.1).

O mecanismo gerador básico da obesidade é o “balanço energético positivo”, ou seja, o obeso tem uma ingestão de energia alimentar maior que o seu gasto energético que está ligada a múltiplos fatores, como genéticos, ambientais, culturais e emocionais, que exercem uma grande influência na formação do hábito alimentar, na percepção da fome e da saciedade do indivíduo. Por esses motivos o tratamento para obesidade mórbida deve abordar vários fatores, tais como: aspectos psicológicos, comportamentais e ambientais envolvidos no processo. (PARIZZI et al, 2004). No estudo em questão, selecionamos alguns pontos que consideramos essenciais a serem discutidos a partir das idéias, pensamentos e sentimentos dos sujeitos desta pesquisa, que culminaram nas seguintes sub-categorias: A história alimentar na infância, A história alimentar na adolescência e maturidade.

3.1.1 A história alimentar na infância

Nesta sub-categoria da pesquisa abordamos a temática da alimentação dos sujeitos a

partir de suas memórias da infância, na qual hábitos alimentares e paladar são adquiridos. Entendemos que a história de vida destes sujeitos do estudo pode ter influenciado no desenvolvimento do quadro de obesidade mórbida nos mesmos. Sabe-se que a alimentação durante a infância, ao mesmo tempo em que é importante para o crescimento e desenvolvimento, pode também representar um dos principais fatores de prevenção de algumas doenças na fase adulta. Frequentemente a família, os fatores sociais e os ambientais podem influenciar o padrão alimentar das crianças. Os depoimentos abaixo podem clarificar estas idéias e mostrar a realidade familiar dos sujeitos do estudo:

Na infância a gente comia o que tinha [...], pirão de peixe, aquele pirãozinho branco, peixe todos os dias. Minha avó tinha plantação em casa de melancia, laranja, pêssego, tinha horta também, a gente comia muita fruta e verdura. Coisas doces, nessa época, a gente não comia por falta de dinheiro. Meus avós tinham também vaca de leite e cabra de leite, faziam coalhadas e queijo em casa. Carne a gente quase não comia, a não ser quando um amigo ia em casa e a gente fazia aquela troca de comida, eles levavam carne, salame [...]. Já frango não, a gente até comia bastante porque tinha criação de galinha em casa. (Débora)

Observa-se que a família exerce um papel importante no desenvolvimento de hábitos alimentares das crianças, sendo que também os mesmos são influenciados pela condição socioeconômica e pelo ambiente em que são criados. Crianças não possuem conhecimento quanto ao que é saudável e o que é dispensável na alimentação diária do ser humano. Este autocuidado, no entanto, nasce nesta fase da vida dos entrevistados, bem como de qualquer pessoa, com os exemplos presentes no dia-a-dia, partindo da relação interpessoal que matêm, cuidados estes baseados no estilo de vida de cada família.

A criança normalmente não decide sobre o que vai comer, quando e aonde. Ela aceita o que os pais decidem que é melhor para ela, atribuindo-se apenas o papel de gostar ou não do que lhe é apresentado como alimento.

Se come aquilo que se pode oferecer e o que gostamos de comer. O "poder" é remetido ao disponível, a partir da produção, distribuição e comércio dos alimentos, ao acessível como o preço, ao assimilável pela digestão, ao permitido pela cultura, ao valorizado pela organização social. O gostar também é um termo amplo, associado ao jogo múltiplo de atrações e repulsas, fundados nos hábitos da infância, a partir do disponível, mas também da forma como o alimento é oferecido, apresentado. (ROTENBERG; VARGAS, 2004 p.86).

Os hábitos alimentares na infância são citados pelos sujeitos como saudável,

considerando a qualidade da ingesta alimentar.

Ah, minha alimentação quando criança era saudável. [...] eu comia era arroz, feijão, batata, cenoura, beterraba...tudo que eu procuro dar pros meus filhos hoje. [...], não tinha fritura, [...] era mais galinha, maionese, macarrão. (Samanta)

[...] Assim, minha alimentação, que eu lembre, era minha mãe quem fazia, creio que era uma alimentação balanceada, com verduras, frutas, sucos. A minha mãe não dava refrigerante, chocolate, essas coisas. (Ivone)

Nas falas acima é possível observar que ambas consideram que sua alimentação na infância era saudável, tendo como base alimentos ricos em carboidratos, proteínas e fibras, responsabilizando a figura materna pelos hábitos alimentares adquiridos na infância. Na promoção de uma alimentação saudável os hábitos alimentares da idade adulta estão relacionados com os aprendidos na infância. Esse aspecto aponta para que a promoção de comportamentos alimentares saudáveis deva incidir com maior ênfase nos primeiros anos da infância, para que os mesmos permaneçam ao longo da vida.

O adulto seleciona o que tem a sua disposição e utiliza o que pensa ser conveniente para proporcionar o cuidado mais adequado para seus filhos, o que nos leva a refletir sobre possíveis julgamentos no que diz respeito à educação da criança. Antes de pensar num possível desleixo na criação dos filhos, devemos nos remeter à educação deste adulto quando este era criança, somado ao estilo de vida que esta família atual consegue manter, pois é neste contexto social que o aprendizado para o autocuidado desta criança se formará.

A disponibilidade e o acesso ao alimento em casa, as práticas alimentares e o preparo do alimento, influenciam o consumo alimentar da criança. A população infantil é, do ponto de vista psicológico, socioeconômico e cultural, influenciada pelo ambiente onde vive, que na maioria das vezes, é constituído pelo ambiente familiar. Dessa forma, as suas atitudes são, freqüentemente, reflexos desse ambiente. (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008, p.740).

Muitas vezes a família tem uma visão de que todo e qualquer tipo de alimento é saudável e faz bem a saúde e que o fato de comer é ser saudável, não preocupando-se com a saciedade da criança. O desejo de superalimentar o bebê ou os hábitos inadequados da família podem induzi-lo a “abandonar” a sua percepção fisiológica de saciedade, aceitando a saciedade do outro e não a sua própria. A afirmação: “eu não preciso comer mais” é substituída pelo “não agüento comer mais”. Em muitas famílias, o alimento é usado como prêmio, como castigo, ou para aliviar tensões. (PARIZZI et al, 2004, p.2).

3.1.2 A história alimentar na adolescência e maturidade

Está sub-categoria trabalha a alimentação em duas fases da vida, adolescência e maturidade, abordando os hábitos alimentares e as mudanças adquiridas especialmente quando entram na adolescência.

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento acompanhada de processos de crescimento e de maturação, tanto do ponto de vista somático como do psicológico. Trata-se de um período de elevada demanda nutricional, e, por este motivo, a nutrição desempenha um papel importante no desenvolvimento do adolescente, uma vez que o consumo de uma dieta inadequada pode influenciar de forma desfavorável o crescimento somático. (ALBANO; SOUZA, 2001, p. 512).

Na fase adulta da vida, pode-se afirmar que as tendências de transição nutricional ocorrida em diferentes países do mundo, convergem para uma dieta mais rica em gorduras (prevalência de origem animal), açúcares e alimentos refinados, e reduzida em carboidratos complexos e fibras. Junto com a dieta altamente calórica, vem o declínio progressivo da atividade física dos indivíduos, percebendo-se alterações concomitantes na composição corporal, principalmente o aumento da gordura. No Brasil, estudos comprovam que essa transição nos padrões nutricionais, relacionando-os com mudanças demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas ao longo do tempo, estão refletindo na diminuição progressiva da desnutrição e no aumento da obesidade. (FRANCISCHI et al, 2000).

Apresentamos abaixo os depoimentos dos sujeitos acerca da evolução de seus hábitos alimentares na adolescência e a evolução dos mesmos para a idade adulta, porque entendemos que esses relatos são importantes para a compreensão da história de vida destes sujeitos e que as etapas da vida estão interligadas em suas conseqüências. Isto pode ser identificado com clareza nos depoimentos abaixo:

[...] Com 15 anos eu fui [...] trabalhar de doméstica [...] Eu morava na casa dos meus patrões. [...] Fiquei lá por uns 05 anos. Minha alimentação nessa época mudou bastante [...] lá a gente comia muita comida industrializada, muito enlatado, e era tudo novidade pra mim, então eu não me controlava!. Depois voltei pra minha cidade e lá comecei a comer como antes de novo, aquela comida pesada da roça, sabe? [...]. (Silvia)

Na minha adolescência mudou bastante, porque aí já veio o X-salada [...]. E também muda o controle da mãe sobre a comida da gente. [...] E também eu trabalhava, aí então vinha pra gente marmita pronta da própria empresa, e vinha muito aquele salitre [...]. Vinha comida normal, arroz, feijão, minestra, polenta, carne ensopada. Agora a minha alimentação é normal: de manhã eu só tomo uma xícara de café com umas duas bolachas, [...] ao

meio dia eu almoço arroz feijão, batata, bife, galinha, salada, eu lcomo bastante salada, de tudo quanto é tipo. [...] E à noite ou eu janto o que sobrou do almoço, ou senão eu só belisco, fico beliscando durante o dia. (Samanta)

Analisando os depoimentos, foi possível identificar que os sujeitos após saírem da casa de sua família e adquirirem independência financeira desenvolveram alterações em seus hábitos alimentares, e com o acesso fácil a comidas industrializadas e praticidade em prepará-los, muitos passaram a consumir este tipo de alimentos. Além disso, os hábitos alimentares vão se adaptando aos ambientes a que pertencem e também às condições financeiras para mantê-los. Durante a adolescência podem aparecer novos padrões e hábitos alimentares gerados por motivos psicológicos, sociais e socioeconômicos, inclusive influência de amigos, busca de autonomia e identidade, aumento do poder de compra, hábito de preparar rotineiramente seu próprio alimento, a urbanização e o hábito de comer fora de casa. Todas essas alterações podem repercutir, em longo prazo, na saúde futura do indivíduo adulto e na escolha posterior dos alimentos. Os adolescentes são vulneráveis do ponto de vista nutricional, pois tendem a omitir refeição, especialmente o café da manhã, consumir mais alimentos entre as principais refeições, aumentando a ingestão de açúcares e gorduras saturadas e diminuindo a de micronutrientes. (GODOY et al, 2006).

Segundo Mendonça e Anjos (2004, p.701), hoje nos supermercados da maioria das cidades brasileiras é possível adquirir alimentos pré-preparados, tendo como indicação de preparo o cozimento ou fritura. Havendo então o consumo desses alimentos, ocorre um aumento da concentração energética, devido o acréscimo de molhos, temperos e recheios que acompanham o preparo.

Alguns sujeitos do estudo indicam com clareza a utilização de uma alimentação hipercalórica e não balanceada, conforme podemos identificar abaixo:

[...] Bom quanto à alimentação na minha infância e adolescência, posso dizer que foi uma alimentação normal, comia arroz, feijão, comia de tudo. [...] quando conheci a minha namorada [...] que eu engordei mesmo, porque o pai dela tem supermercado ela trabalha lá, então ela trabalhava até as 9h, 10h, depois que ela saia de lá a gente vai jantar, tinha dias que nos jantávamos 2h da manhã, arroz, batata frita, maionese, suco, salada [...] Nos últimos quatro anos consecutivos fui comendo assim, um dia sim outro não [...] Hoje é assim: se não tiver dois bifos eu fico bravo[...] a carne não pode faltar. Hoje seria meu prazer sabe, comer carne com massa, tipo assim às vezes falo para minha mãe quando ela está no fogão: ‘ô mãe um pãozinho com bife dentro, um ovo frito, uma coca, e maionese pra mim tá mais que bom!’. Fruta pra mim que não gosto muito, se tiver qualquer outra coisa é melhor [...]. Minha alimentação mudou muito da minha infância até

agora, hoje como praticamente um churrasco durante a semana, com pão, maionese, salada, [...]. Doce eu gosto mais não sou de comer muito [...] geralmente como na casa da minha namorada, em restaurante, depois da comida sempre como, mais em casa assim não. (André)

Não adianta dizer que eu tive alimentação saudável, sempre quis a parte mais gorda, mais mal passada da comida. E eu sou gordo porque cozinho bem, faço lasanha, costela no forno [...]. (Jair)

De um modo geral, a população tende a preferir, dentro das possibilidades, ingerir alimentos ricos em gorduras e carboidratos, a exemplo das massas em geral, bolos, frituras, dentre outros, alegando que é mais saboroso e que satisfaz mais a vontade do que a própria fome. E o obeso, claro, não foge à regra. E isso fica mais freqüente quando ele sabe o modo de preparo e gosta de cozinhar, pois desta forma quando sente vontade ele faz e o faz ainda melhor, a seu gosto, seguindo suas preferências com relação a temperos e incrementações.

A obesidade acarreta prejuízos à saúde do indivíduo. Representa um grande problema atual, sendo considerada uma epidemia mundial. Com a transição da urbanização e industrialização, houve um aumento no consumo de alimentos industrializados aumentando assim o consumo de energia para mais do que o corpo precisa. Com isso ocorre o ganho de peso ocasionando a obesidade, a qual é um fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis, tais como doenças cardiovasculares, câncer, diabetes mellitus, hipertensão arterial, que compõem um grupo de entidades que se caracterizam por apresentar, de uma forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito, e vêm ocupando um maior espaço no perfil de morbi-mortalidade. (MARIATH et al, 2007). Os hábitos alimentares desenvolvidos no século atual são marcados pela forte presença de carboidratos e, principalmente, de lipídios na dieta, sendo este um forte contribuinte no aumento da incidência da obesidade. (ROSADO; MONTEIRO, 2001).

Um aspecto importante a ser observado aqui é a importância da prática de educação em saúde para estas famílias, partindo mesmo das ações da Enfermagem, que aborde o tema alimentação saudável, afinal, como presente na Teoria do Auto-cuidado citada por Dorothea Orem, o adulto é responsável pelos que dele dependem, além de si mesmos. (TORRES; DAVIM; NÓBREGA, 1999). Então está será a base para o autocuidado alimentar da própria criança, base que o pequeno levará para o futuro, e de onde partirão suas atitudes alimentares. Parte daí a formação do agente cuidador que adquire hábitos na infância, aperfeiçoa-os na adolescência e os mantém na vida adulta. Claro, sem isentá-los do processo de educação em

saúde proporcionado pelo profissional da saúde, visto a importância da educação familiar adicionada à profissional.

3.2 PORQUE MUDAR DE VIDA E COMO

A obesidade, quando encarada como doença, tem a possibilidade de receber o cuidado necessário à melhoria da qualidade de vida da pessoa acometida pela mesma. A redução de peso deve ser encarada como uma questão de saúde, e para tanto, hábitos de vida devem ser revistos e mudados conforme avaliação prévia. (SEBOLD et al, 2007). A presente categoria trata da atitude do entrevistado quando ele se percebe com o peso corporal muito acima do ideal. A partir disso construímos dois sub-categorias abordando: Tentativas de autocuidado e o que o levou a procurar por ajuda especializada.

3.2.1 Tentativas de autocuidado

Os meios de comunicação têm abordado de forma freqüente os malefícios da obesidade, juntamente com a divulgação do padrão de corpo desejável. Por meio disto surgem inúmeras propagandas de chás emagrecedores, fármacos poderosos, inibidores do apetite, aparelhos de ginástica, dentre outros, que levam à alta redução de peso em pouco tempo de uso, que somado ao acesso facilitado a estes produtos, acabam por influenciar a maior parte do público em questão.

Pelo crescimento e a alta difusão da auto-medicação no mundo, este ato se tornou um problema de saúde pública. A disponibilidade dos produtos no mercado provoca maior familiaridade do leigo com os medicamentos. (LOYOLA FILHO et al, 2002). Souza, Marinho e Guilam (2008) tratam que o uso indevido, bem como indiscriminado, de medicamentos constitui um grave problema de saúde pública, e este uso, quando na ausência de prescrição médica torna-se ainda mais grave. Estudos mostraram que no Brasil, na década de 90, cerca de 80 milhões de pessoas eram adeptas da automedicação.

O perigo da auto-medicação está no aparecimento de possíveis efeitos indesejáveis. Porém, eliminar este hábito da população é uma tarefa difícil, visto a necessidade de uma

adaptação da mesma, com maiores informes sobre a venda livre de medicações e o mito da cura milagrosa, junto ao incentivo pela procura profissional, mostrando os efeitos positivos da consulta em relação ao auto-tratamento. (SOUZA; MARINHO; GUILAM, 2008).

Neste ponto percebemos que, de um modo geral, a busca pelo auto-tratamento, incluindo a auto-medicação, se torna a primeira alternativa e de início mostra resultados positivos. Porém, como não contam com um respaldo profissional, esta iniciativa não perdura, novas alternativas são buscadas, mas novamente após certo tempo de tratamento, o peso corporal torna a aumentar, caracterizando o chamado efeito sanfona, como verificamos nos depoimentos abaixo:

Com 24 anos eu já pesava 100Kg.[...] Eu também me casei [...] aí que engordei mais. Lá pelos 25 anos que comecei a dar bola pra esse negócio de obesidade[...] Aí comecei de modo clandestino, comprava o Desobesi® e o Dualid®. Eu emagrecia 20/30Kg por mês, mas vinha o efeito sanfona e eu engordava tudo de novo. E eu comecei a passar mal com isso, tinha alucinações e tudo. Depois fui pra Sibutramina®, que adiantou um pouco mas não por muito tempo[...]. (Jair)

Eu tinha 15 anos e já lutava com a gordura! [...] Na segunda gravidez, com 33 anos, cheguei aos 75/76Kg, e depois disso emagreci mais uns 6Kg. E a partir daí haja fazer regime, dieta, exercícios, tomar remédio até por conta própria [...] mas nada dava resultado. (Débora)

A pessoa com sobrepeso, frequentemente, demonstra preocupação em melhorar seu aspecto físico. Algumas iniciam com a auto-restrição alimentar como estratégia, e assim permanecem por um tempo, justamente pelas tentativas fracassadas em seguir a dieta. A obesidade impõe controle sobre o próprio padrão alimentar bem como na seleção dos alimentos ingeridos. Esta restrição normalmente é seguida por uma fase de ‘desinibição’, na qual o indivíduo reprimido, em resposta a algum estímulo, mergulha em um estado de compulsão alimentar. Isso se explica pela dificuldade em se manter em restrição por muito tempo. (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

O (in)sucesso do auto-cuidado é frequentemente atribuído somente ao indivíduo, esquecendo, muitas vezes, que por sofrer influência da família, amigos e dos meios de comunicação, estará sempre sujeito a mudanças no seu desenvolvimento. Neste contexto e utilizando da visão ampla que nos cabe como profissionais da saúde, devemos nos atentar para estes tipos de influência antes de um pré-julgamento. O que nos leva à prática do Sistema de Apoio-Educação de Orem, afinal, o obeso está apto a cuidar de si, porém necessita de orientações e incentivos frequentes e estes somente podem ser fornecidos se o profissional

que o atende for flexível o bastante para analisar o contexto em que o cliente vive. (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009).

Partindo dos vários modos para alcançar a redução do peso, no entanto ainda sem acompanhamento médico especializado, serão mostradas as várias formas de dietas rigorosas, muitas vezes idealizadas pelos próprios entrevistados, aliadas a prática de exercícios físicos, aqui caracterizados com frequência por caminhadas:

[...] Com 19 anos [...] casei, e já engravidei, na primeira gravidez engordei 19Kg [...] Dois anos e três meses depois tive minha segunda gravidez e engordei mais 09Kg, e na terceira gravidez, que aconteceu depois de uns dois anos e meio da segunda, também engordei mais 13Kg, e nada de emagrecer. [...] Com dieta e a caminhada pra ir pro trabalho, [...] que era serviço da roça eu consegui emagrecer 22Kg. Resolvi que ia fazer dieta por conta mesmo [...], então decidi reduzir minha alimentação, parei de comer tanto pão, macarrão... [...]. (Silvia)

Já fiz loucura para emagrecer. Já fiquei uma semana sem comer nada. Não para emagrecer sabe! Na minha cabeça queria me desintoxicar, para depois começar a fazer uma dieta saudável [...]. (André)

Desde que eu tinha 07 anos comecei a ganhar peso [...] Antes de ganhar minha segunda filha eu fazia caminhada e dieta por conta própria e emagreci 24Kg. Mas também passava o dia todo com uma maçã e uma laranja no estômago, nem água tomava porque achava que ia engordar [...]. (Flavia)

Está auto-imposição mediante ao que comer resulta não somente em compulsão alimentar posterior, mas também em manifestações psicológicas, pois o sujeito fica inteiramente preocupado com o que vai comer, sentindo um aumento na responsabilidade emocional junto às mudanças de humor e distração. Seu inconsciente vive em constante privação evitando determinados tipos de alimentos, remetendo-os sempre ao consumo energético final. (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005). Isto pode resultar em autocuidado obsessivo e ao mesmo tempo frustrado, pois o anseio de cuidar direito de si bate de frente com a ansiedade do podar-se sempre com relação à comida, pensado nesta ação como o próprio ato de se cuidar.

A busca desesperada pelo emagrecimento, de preferência rápido, mostrou-se ligada ao *fazer loucuras para emagrecer* em pelo menos 50% dos nossos entrevistados, todos envolvidos na auto-medicação e auto-restrição alimentar. Mediante do insucesso nestes processos, como mostramos adiante, acontece a procura por profissionais especialistas para um acompanhamento adequado.

Percebe-se também pelos depoimentos dos sujeitos do estudo que os mesmos vêm

de uma realidade na qual o autocuidado é desenvolvido ou não a partir de sua relação com o dia a dia da família. Com o passar do tempo e também do aumento de peso, o comportamento sedentário parece ser um dos principais agentes causadores do excesso de gordura, em contrapartida, a obesidade parece conduzir o indivíduo a uma diminuição dos níveis de atividade física. (MENDONÇA; ANJOS, 2004).

Esta parte do estudo aborda a atividade física praticada desde a infância. Lembramos então que o conceito de autocuidado não está formado nesta época da vida, esta atividade é desenvolvida como uma atividade natural da criança. Porém, podemos já levar em consideração a influência que esta prática precoce pode ter sobre o futuro desta pessoa, podendo a falta desta levar ao sedentarismo precoce bem como nunca despertar interesse algum sobre quaisquer tipos de exercícios/esportes, tornando-se um empecilho para os resultados positivos do autocuidado.

3.2.2 Tratamento Especializado e confiança no futuro

O tratamento clínico da obesidade é uma etapa difícil de ser implementada tanto para o obeso quanto para o profissional que acompanha este processo. Isso pelo fato de que o processo de emagrecimento em si é lento e, principalmente a manutenção deste, que para a maioria dos obesos não é possível. (GARRIDO JUNIOR, 2000).

Antes de qualquer coisa devemos considerar o processo de ganho e gasto energético, pois de acordo com Garrido Júnior (2003), dietas hipocalóricas sempre resultarão em perda de peso. É fundamental uma avaliação completa dos hábitos alimentares para que se possa identificar erros e assim estimular sua modificação, implementando um plano alimentar saudável. Os sujeitos do estudo relatam o seu itinerário na busca de reduzir o peso, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida, além de poder ter uma vida mais saudável e útil:

Eu procurei nutricionista, fazia dieta, mas depois de um tempo começou a abalar meu sistema nervoso, eu não conseguia só comer essas coisas de salada e comidinhas assim. [...] Mudei de nutricionista, ela me passou pra comer só sopa de legumes à noite.[...] mas depois de um tempo começou a me afetar o humor de novo[...] Ano passado (2008) consegui uns laudos médicos e vim pro HU, [...] comecei acompanhamento com a nutricionista daqui, e dessa vez com psicóloga também. (Jair)

Então, eu procurei ajuda de uma médica lá em Siderópolis, e comecei a tomar Sibutramina®,[...] foram três meses tomando e nada, só me dava um monte de tremedeira, meu coração disparava. Eu cortei mais o pão, [...]

mas eu não emagrecia, mas também não engordava.[...] . Eu cheguei a ter acompanhamento com nutricionista, seguia a dieta certinho, mas não adiantava nada, não ganhava peso, mas também não perdia. E eu tenho muita dor de cabeça, é como uma enxaqueca.[...] e a médica de lá de Siderópolis me encaminhou pra uma consulta aqui no HU, [...] e de lá pra cá só acompanho por aqui mesmo, com o médico daqui, e no começo de outubro do ano passado que eu entrei na fila pra cirurgia. (Samanta)

Estudos evidenciam que o obeso compensa no ato de comer, problemas e frustrações, dos quais muitas vezes, não tem consciência. A dificuldade de relacionamento ou de alcançar a satisfação mediante alguma situação os fazem encontrar na comida a fonte de prazer que lhes falta. Neste campo se faz importante a presença da psicoterapia, para um reforço na estrutura operante do comportamento do obeso, ajudando-o a lidar com o autocontrole mediante os comportamentos alimentares e de contexto situacional. (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005). O convívio com a obesidade e suas limitações passa a ser um fardo insuportável para os sujeitos do estudo, fazendo com que procurem alternativas além da clínica para a solução de seu problema:

[...] Acabei indo consultar com um clínico geral ano passado porque sentia muitas dores nas pernas e pés, me saiu muitas varizes também. [...] eu pesava 147Kg aí o médico falou do meu peso, que eu tinha que diminuir, e me encaminhou pra uma fisioterapia [...] me indicou também uma nutricionista, em 03 meses de acompanhamento com ela eu emagreci uns 14Kg, [...] Em maio de 2008, meu médico me encaminhou pra cá, aí comecei a consultar aqui no HU, e entrei na fila de espera pra cirurgia de redução de estômago em outubro. Esse médico daqui me pediu pra que eu fizesse uma avaliação psicológica [...] desde então tenho consulta com uma psicóloga toda sexta-feira. Ela me ajuda muito nisso, sabe, porque eu sou compulsiva por comida, e quando me bate o estresse é na comida que eu desconto. Agora mesmo eu estou passando por um momento ruim em casa porque minha sogra está morando com a gente, e ela é dependente até pra ir no banheiro urinar. Então a psicóloga diz que quando eu fico nervosa é como se eu quisesse me punir e por isso eu avanço na comida [...]. (Sílvia)

Mas o meu desespero mesmo começou quando eu tinha 34 anos [...]. Eu achei que estava grávida e comecei a procurar pelos médicos. [...] um deles me pediu exame da tireóide e se assustou porque era pra eu ter começado a fazer tratamento da tireóide há tempos [...]. Eu fui encaminhada pra um endocrinologista e comecei a fazer acompanhamento e tratamento, que durou uns 05 anos [...] e depois comecei a consultar aqui no HU com a endocrinologista daqui. [...] Há uns 05 anos atrás eu consegui uns encaminhamentos e fui numa consulta [...] de cirurgia plástica porque eu queria fazer redução das mamas. Mas ele disse que não faria essa cirurgia a não ser que eu emagrecesse [...] Então ele me sugeriu redução de estômago [...] e fui encaminhada pra cá, fiz uns exames e há um ano eu comecei a consultar com ele aqui no HU. Eu consultei com uma psicóloga no postinho da Lagoa há uns 10 anos, mas as consultas não demoraram muito tempo não, só uns 05/06 meses [...]. (Débora)

Há três anos procurei ajuda de uma psicóloga [...], fui acompanhado durante 3 meses, depois fui encaminhado para Nutricionista, que me passou uma dieta balanceada ai, mesmo assim não adiantava de nada, porque no final de semana eu não me controlava. [...] Ai depois fui encaminhado para o endocrinologista, fiquei sendo acompanhado durante 4 meses, consegui perder 8kg que, depois, viraram em 50kg, Durante esse tempo tomei Afepramona® [...]. Ai fui encaminhado aqui no HU, fiz os exames ano passado e entrei na fila de espera pra fazer a redução de estômago. [...].
(André)

Analisando a influência do serviço de Psicologia na vida dos entrevistados, podemos identificar pontos importantes no que diz respeito à visão destes clientes com relação à mudança brusca no padrão alimentar que enfrentariam após a realização da cirurgia bariátrica. Os sujeitos que não compartilharam desta oportunidade, ou que a tiveram por pouco tempo, relataram fragilidades na duração e mesmo nos resultados dos tratamentos seguidos. Mesmo que apresentando perda de peso inferior ao premeditado pelo tratamento iniciado, os clientes psicologicamente acompanhados mostraram compreender melhor sua condição atual de saúde, além de um melhor enfrentamento mediante as horas de crise consigo mesmos.

Embora, após todo o caminho percorrido em busca de um corpo perfeito, saudável, 100% dos entrevistados apresentaram fracasso com os tratamentos iniciados e interrompidos, voltando a engordar o mesmo, senão além, dos quilos emagrecidos, partindo aí para a opção de realização da cirurgia bariátrica. Entretanto, em se tratar de um procedimento novo, a noção do quanto este pode afetar também no quadro psicológico destas pessoas ainda é restrita. Há relatos em que o emagrecimento em curto prazo desencadeia sintomas psiquiátricos como a depressão, mudanças emocionais e comportamentais mediante ao novo corpo. (LEAL; BALDIN, 2007). E é aqui que procuramos enfatizar que o acompanhamento psicológico segue com igual importância após a realização da cirurgia bariátrica, auxiliando-os no enfrentamento do tratamento complexo da obesidade mórbida. A enfermagem, mesmo não trabalhando detalhadamente o psicológico do indivíduo, tem um papel importante também nesta área no que diz respeito ao auxílio na recuperação e adaptação pós-cirúrgica bem como na inserção desta pessoa na sociedade, enfrentamento e busca por alternativas para superar as dificuldades que a obesidade trouxe como consequência.

Ao longo deste trabalho, foram apresentadas evidências claras que a obesidade está intimamente ligada com uma imagem social negativa do corpo, relacionadas à comorbidades adquiridas e limitações diárias. Dessa forma observamos que os fatores que contribuíram para a tomada de decisão pela cirurgia bariátrica, foi pela questão de estética corporal e uma

melhor qualidade de vida.

A competência para o autocuidado varia de acordo com fatores externos e internos. Orem (2001) identificou 10 fatores que podem interferir na capacidade de um indivíduo de se engajar em ações de autocuidado: idade, sexo, estado mental, estado de saúde, orientação sociocultural, fatores relacionados ao sistema de cuidado em saúde e familiar, fatores ambientais, padrões de vida, incluindo atividades regulares, disponibilidade e adequação.

Concordando com estes aspectos Silveira (2007) afirma que os clientes obesos mórbidos, procuram uma solução imediata sem muitos esforços para melhorar sua doença, depois de tantos anos de insucessos com outros tratamentos. No caso da obesidade mórbida, a cirurgia bariátrica é uma solução mágica, muitos clientes têm uma visão que irão entrar na sala de cirurgia obesos e sairão magros, não consideram as mudanças que ocorrerão e não se programam para adotar novos hábitos mesmo antes da cirurgia.

Eu quero voltar a trabalhar. Eu não me acostumo a não fazer nada, [...] eu não consigo cortar as unhas do meu pé, pentear meus cabelos, coçar as costas sozinha...me sinto muito mal. [...] minha saúde tem que melhorar, e um dos motivos disso, [...] é que eu quero estar bem pra participar da formatura do meu filho mais novo [...] é o primeiro que ta tendo a oportunidade de estudar assim, e eu tenho orgulho disso. Eu quero voltar a ser ativa [...]. (Maria)

O principal motivo é pela minha mulher e pelo meu filho, porque senão, [...]é morte mesmo! [...] Eu quero trabalhar né, não consigo arrumar emprego por causa do meu peso [...] Eu vou nascer de novo, como diz minha psicóloga. [...] Eu espero que passe tudo bem comigo na cirurgia. [...] quero concluir minha família, comprar uma casa pra gente [...] e um carro. (Jair)

Analisando estas falas, observou-se que há uma grande preocupação com a saúde, pois é através dela que se constrói e conquista objetivos na vida. Ambos relatam que no futuro querem retornar a seus afazeres da vida tendo como principais foco a família e o trabalho. Junto com a obesidade vêm as limitações físicas, que fazem com que essas pessoas tenham uma piora na qualidade de vida que decorrem em grande parte da dificuldade de realizar atividades cotidianas simples, tais como afazeres domésticos a até mesmo sua higiene pessoal. São também prejudicadas no âmbito profissional, pois além de ter uma saúde frágil, não conseguem emprego. Esses aspectos aliados às doenças associadas à obesidade fazem com que este seja um dos fatores que mais mobilizam sofrimento psicológico e dos quais os indivíduos mais se queixam. (OLIVEIRA, 2006).

Saúde em primeiro lugar, porque eu tenho limitações. Eu quero voltar a fazer trilhas no meio do mato, as caminhadas que eu não posso fazer. [...], e

tem a estética né. A gente sempre quer se sentir bem, colocar um biquíni... E também procurar outras formas pra ajudar a emagrecer. (Flávia)

Primeiro lugar por causa da estética mesmo [...] Aí também eu vejo minhas amigas indo na praia, saindo pra bailes, e eu não posso por causa do meu peso, por causa das minhas dores nas pernas e na coluna. Nem pegar ônibus eu consigo!" [...] Quero comprar um monte de coisas (roupas) bonitas que eu nunca pude comprar, sair mais de casa, sair pra passear pra lugares que eu não conheço. Me imagino daqui um ano bem magra! E quero fazer minha redução dos seios!. (Débora)

Nos depoimentos acima é possível observar que a maior preocupação dos sujeitos é com a estética, querem voltar a frequentar praias usando roupas de banho que mulheres fisicamente bonitas, na visão da sociedade, utilizam, roupas essas, que mostram a beleza física da mulher. De acordo com Oliveira (2006), a obesidade tem como uma de suas consequências principais o preconceito e a discriminação social. Os problemas sociais ocorrem devido uma a pressão social, pois eles padronizam a visão de uma estética corporal, estando assim as pessoas com excesso de peso longe desse padrão. Essa padronização traz consequências aos indivíduos obesos que sofrem com sua condição porque sabem que não se enquadram nessa perspectiva social. Ocasionando assim a baixa auto-estima, auto-desvalorização, vergonha e preocupação com a estética corporal. Os obesos têm dificuldade de expressar sua vivência corporal, dando indícios de sentimento de inferioridade, insatisfação e preocupação com o corpo e a beleza.

[...] Voltar a fazer as coisas que eu era acostumando a fazer. Mais tenho consciência que é pela minha saúde. [...] Eu pretendo ter uma vida mais saudável um pouco mais feliz né. [...] Quero ter uma vida saudável pra poder levar meu filho no futuro, pra fazer as coisa, rapel, surfa, essas coisa que eu fazia quando era mais novo. (André)

Ah, a primeira coisa que eu pensei quando decidi fazer a cirurgia foi na minha saúde. Pra melhorar essas minhas dores nas pernas, diminuir as varizes [...] agora eu quero viver pra mim, quero esse tempo pra cuidar de mim. [...] me vejo daqui uns dois anos bem mais magra, to lutando e quero ficar bem, quero continuar indo pra sala de aula, quero fazer faculdade de Geografia ou Sociologia [...]. (Sílvia)

Pela minha saúde mesmo, porque eu quero ficar bem e viver mais pra ver meus netinhos crescerem, e curtir bastante eles. A decisão da cirurgia é minha mesmo, [...] Já to há três anos trilhando nesse caminho. [...] tem uma academia perto da minha casa, e eu quero fazer exercício pra queimar e ajudar a emagrecer. A cirurgia é pra agilizar pra passar o meu sofrimento, [...] eu to precisando de ajuda mesmo, eu to morrendo assim! (João)

Tendo com referência as falas acima é possível analisar que a através de uma melhor qualidade de vida, os sujeitos pretendem melhorar sua saúde, assim diminuindo ou até mesmo eliminando patologias que os acompanham nessa fase da vida.

É um mundo de experiência com pessoas, de busca de informação, de julgar e de agir, e agir para alcançar os resultados previstos, que cumprem com os requisitos existentes ou projetados para as pessoas pela enfermagem. Isto também é a procura e a construção do conhecimento. (OREM, 2001, p.4).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo sob a abordagem da história de vida foi de fundamental relevância, para identificar que muitas das experiências vivenciadas pelas pessoas portadoras de obesidade mórbida, em termos de adaptação, sofrimento, as suas histórias adquiridas ao longo da vida, influenciaram e continuam a influenciar no desenvolvimento, bem como nas escolhas das estratégias/adaptações, hoje, na decisão para se submeter a cirurgia bariátrica. A história de vida das pessoas com obesidade mórbida mostra que a preocupação ou não com a qualidade e quantidade de comida ingerida é parte do cotidiano desde a infância ao longo da vida. A família exerce um papel importante no desenvolvimento de hábitos alimentares das crianças, sendo que também os mesmos são influenciados pela condição socioeconômica e pelo ambiente em que são criados. As crianças são orientadas quanto ao que é saudável ou não na alimentação diária do ser humano, mas este autocuidado se orienta pelo estilo de vida de cada família.

Percebemos neste estudo que um dos fatores complicadores no desenvolvimento da obesidade é motivado pela modificação dos hábitos alimentares decorrentes da mudança de vida ocasionada pelo trabalho, independência financeira, acesso fácil a comidas industrializadas e pré-cozidas.

O momento em que a obesidade é encarada como um problema de saúde é essencial para a tomada de decisão quanto aos cuidados necessários e essenciais à melhoria da qualidade de vida da pessoa acometida pela mesma. Neste sentido, podemos verificar que a busca desesperada pelo emagrecimento, de preferência rápido, mostrou-se ligada ao ‘fazer loucuras para emagrecer’ em pelo menos 50% dos nossos entrevistados, todos envolvidos na auto-medicação e auto-restrição alimentar provisória. Porém, a tomada de decisão para uma mudança radical qual seja a realização da cirurgia bariátrica como uma forma de curar o

sofrimento e diminuir a pressão psicológica sentida por estarem fora do padrão de beleza pode demorar certo tempo. A busca por um tratamento real ocorreu pela busca de vários profissionais de saúde até a tomada final da decisão e percebemos a influencia do serviço de Psicologia no que diz respeito à visão destes clientes com relação à mudança brusca no padrão alimentar que enfrentariam após a realização da cirurgia bariátrica. Os sujeitos que não compartilharam desta oportunidade, ou que a tiveram por pouco tempo, relataram fragilidades na duração e mesmo nos resultados dos tratamentos seguidos.

Ao longo deste trabalho, foram apresentadas evidências claras que a obesidade está intimamente ligada com uma imagem social negativa do corpo relacionada à comorbidades adquiridas e limitações diárias. Dessa forma observamos que os fatores que contribuíram para a tomada de decisão pela cirurgia bariátrica foram questões de estética corporal e uma melhor qualidade de vida. Verificamos também que há uma grande preocupação com a saúde, pois é através dela que se constrói e conquista objetivos na vida. Há uma grande esperança no futuro pós-cirurgia, pois pretendem retornar aos seus afazeres da vida tendo como principais focos a família e o trabalho.

Talvez um dos fatores limitadores para este estudo foi a escassez de estudos da enfermagem neste campo, sendo que a enfermagem trabalha diretamente com a pessoa portadora de sobrepeso e obesidade, seja diretamente na comunidade, como no caso das Unidades Locais de Saúde, bem como em clínicas de estética e demais especialidades, hospitais, entre outros, fazendo-se assim um campo vasto para investigações.

Cabe a equipe de saúde oferecer um tratamento diferenciado e humanizado, conhecer o perfil social de cada indivíduo portador de obesidade mórbida, afinal, a escuta qualificada, a pesquisa detalhada da história de vida destes sujeitos mostrou-se útil na identificação dos fatores individuais que influenciaram no aumento de peso acentuado até que a obesidade mórbida se estabelecesse.

REFERÊNCIAS

ALBANO, Renata Doratioto; SOUZA, Sônia Buongermino de. Ingestão de energia e nutrientes por adolescentes de uma escola pública. **J. Pediatr.**, 2001, v. 77, n. 6, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572001000600015&script=sci_arttext&tlng=ptpt> Acesso em 10 março 2009.

BERNARDI, Fabiana; CICHELERO, Cristiane; VITOLO, Márcia Regina. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Rev. Nutr.**, v.18, n.1, p. 85-93, 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=395841&indexSearch=ID> Acesso em: 25 maio 2009.

FERRAZ, Edmundo Machado; ARRUDA, Pedro Carlos Loureiro de; BACELAR, Tércio Souto et al. Tratamento cirúrgico da Obesidade Mórbida. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 30, n. 2, p. 98-105, mar/abr. 2003.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev. Nutr.**, v. 13, n. 1, p. 17-28, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v13n1/7919.pdf>> Acesso em: 16 abril 2009.

GARRIDO JUNIOR, Arthur B. Cirurgia em obesos mórbidos: experiência pessoal. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 44, n.1, p.106-110, 2000.

GODOY, F.C.et al. Índice de qualidade da dieta de adolescentes residentes no distrito do Butantã, município de São Paulo, Brasil. **Rev. Nutr.**, v. 19, n. 6, p. 663-671, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732006000600003&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 28 março 2009.

LEAL, Cristiano Waihrich; BALDIN, Nelma. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em clientes com obesidade mórbida. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v.29, n.3, pp. 324-327, 2007. Disponível em: <http://74.125.47.132/search?q=cache:OiRuutfLSbcJ:univille.br/community/mestrado_saude_meio_ambiente/VirtualDisk.html%3Faction%3DdownloadFile%26file%3DLeal%2520Cristiano%2520W.pdf%26current%3D%252FPORTAL%252FDISSERTACOES+O+impacto+emocional+da+cirurgia+bari%C3%A1trica+em+clientes+com+obesidade+m%C3%B3rbida&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-a> Acesso em: 30 maio 2009.

LOYOLA FILHO, Antônio Ignácio de; UCHOA, Elizabeth; GUERRA; Henrique L.; FIRMO, Josélia O. A.; LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Prevalência e valores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, p.55-62, 2002.

MARIATH, Aline Brandão et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 897-905, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400017&tlng=es&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15 maio 2009.

MENDONÇA, Cristina Pinheiro; ANJOS, Luiz Antonio dos. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 698-709, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300006> Acesso em: 30 maio 2009.

OLIVEIRA; Jena Hanay Araujo. **Aspectos psicólogos de obesos de grau III antes de depois da Cirurgia Bariátrica**. Tese (Doutorado) Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2006.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. 6 th ed. St Luis: Mosby Inc, 2001. 542p.

PARIZZI, Márcia Rocha et al. A importância do resgate da percepção da saciedade no tratamento e na prevenção da obesidade da criança e do adolescente. **Textos Científicos Sociedade Mineira de Pediatria**; 2004.

ROSADO, Eliane Lopes; MONTEIRO, Josefina Bressan Resende. Obesidade e a substituição de macronutrientes da dieta. **Rev. Nutr.**, v. 14, n. 2, p. 145-152, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732001000200008&script=sci_arttext&tlng=es> Acesso em: 18 maio 2009.

ROSSI, Alessandra; MOREIRA, Emília Addison Machado and RAUEN, Michelle Soares. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Rev. Nutr.**, v. 21, n.6, p. 739-748, 2008.

ROTENBERG, Sheila and DE VARGAS, Sonia. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 4, n.1, p. 85-94, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292004000100008&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 05 junho 2009.

SALVE, Mariângela Gagliarde Caro. Obesidade e Peso Corporal: riscos e conseqüências. **Movimento e percepção**, v. 6, n.8, jan/jun, 2006.

SEBOLD, Luciana Fabiane; RADÜNZ, Vera; ROCHA, Patrícia Kuirten et al. **Proenf: Saúde do Adulto**. 2. ed. Florianópolis: ABEn, 2007.

SILVEIRA; Tânia Aguila. **Obesidade mórbida**: um estudo sobre as limitações, a auto-imagem e o tratamento cirúrgico. Franca: UNESP, 2007.

SOUZA, João Fábio R. de; MARINHO, Carmem L. C.; GUILAM, Maria Cristina R.. Consumo de medicamentos e internet: análise crítica de uma comunidade virtual. **Rev. Assoc. Med. Brás.**, v. 54, pp.225-31, 2008.

SPINDOLA, Thelma and SANTOS, Rosângela da Silva. **Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?)**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2003, vol.37, n.2, pp. 119-126. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/14.pdf> Acessado em: 08 julho 2009.

TORRES, Gilson de Vasconcelos; DAVIM, Rejane Marie Barbosa; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de Orem: estudo de caso com uma adolescente grávida. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 47-53, abr. 1999.

XAVIER; Antônia Tayara da Franca; BITTAR, Daniela Borges; ATAÍDE, Márcia Barroso Camilo de. Crenças no autocuidado em diabetes: Implicações para a prática. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, v.18, n. 1, p.124-30. 2009.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste trabalho buscamos conhecer a história de vida dos sujeitos do estudo e relacionar com o objeto de estudo, que neste caso foi à realização da cirurgia bariátrica. Percebemos que muitos dos fatores que interferem na vida desses clientes acabam se repetindo, seja por motivos psicológicos, sociais, familiares, genéticos, hormonais, enfim, há uma repetição dos fatores que desencadeiam a obesidade nos mesmos.

Observamos que a família exerce um papel importante no desenvolvimento de hábitos alimentares, sendo que também os mesmos são influenciados pela condição socioeconômica e pelo ambiente em que são criados. É a partir da infância que são criados hábitos alimentares que talvez perdure até a maturidade, por isso a importância de uma alimentação adequada e balanceada desde cedo.

Dentre todos os desconfortos derivados da obesidade, destacamos a dor corporal sentida por estas pessoas, visto o relato de 100% dos entrevistados. As dificuldades para o autocuidado apresentado pelos participantes devido os limites decorrentes da obesidade se mostram pela desistência da prática de atividades que proporcionam estas limitações. A auto imagem também foi um aspecto bastante ressaltado neste estudo, o fato de se olhar no espelho revela a indignação e o questionamento pessoal quanto ao peso atual. O sentimento de fracasso aparece e, por conseguinte a vergonha em ver a própria imagem. Estar fora do padrão de beleza dito aceitável mexe de forma mais significativa com a auto-imagem e auto-estima feminina. O preconceito faz parte do cotidiano do indivíduo obeso, partindo de desconhecidos, colegas de trabalho e até mesmo entre familiares. Não ser ‘normal’ lhes causa sofrimento por si só, e este sentimento os domina quando a informação sobre seu ‘defeito’ é manipulada.

Os discursos revelaram o despreparo destes clientes quanto a doença e principalmente quanto a cirurgia a ser realizada e os cuidados pré e pós operatórios.

Dessa forma observamos que os fatores que contribuíram para a tomada de decisão pela cirurgia bariátrica desses clientes vão principalmente pela melhora na qualidade de vida, saúde até a questão de estética.

O papel da equipe de saúde vai além do orientar e informar. Deve trabalhar com o objetivo de conscientizar o cliente a participar corretamente do seu tratamento, realizando educação em saúde de uma maneira simples, verdadeira, respeitando a capacidade intelectual e cultural de cada cliente. A equipe de saúde deve oferecer um tratamento diferenciado e

humanizado, conhecer o perfil social de cada indivíduo portador de obesidade mórbida, afinal, a escuta qualificada, a pesquisa detalhada da história de vida destes sujeitos mostrou-se útil na identificação dos fatores individuais que influenciaram no aumento de peso acentuado até que a obesidade mórbida se estabelecesse.

REFERÊNCIAS

- ALBANO, Renata Doratioto; SOUZA, Sônia Buongiorno de. Ingestão de energia e nutrientes por adolescentes de uma escola pública. **J. Pediatr.**, 2001, v. 77, n. 6, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572001000600015&script=sci_arttext&tlng=ptpt> Acesso em 10 março 2009.
- BANDEIRA, Lourdes; BATISTA, Anália Soria. Preconceito e discriminação como expressões de violência. **Revista Estudantil Feminista**, v.10, n.1, p. 119-141. 2002.
- BARROS, M. L. **Família e gerações**. Rio de Janeiro: FGV, 2006. 163p.
- BERNARDI, Fabiana; CICHELERO, Cristiane; VITOLO, Márcia Regina. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Rev. Nutr.**, v.18, n.1, p. 85-93, 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=395841&indexSearch=ID>> Acesso em: 25 maio 2009.
- BITTENCOURT, Alex Avelino et al. Sentimento de discriminação em estudantes: prevalência e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 236-45, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/2009nahead/92.pdf>> Acesso em: 15 abril 2009.
- BOUCHARD, C.; PÉRUSSE, L.; RICE, T. et al. The genetics of human obesity. In: BRAY, G.A.; BOUCHARD, C.; JAMES, W.P.T.. **Handbook of Obesity**. New York: Marcel Dekker Inc, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>. Acesso em: 19 nov. 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CATANEOL, Caroline; CARVALHO, Ana Maria Pimenta; GALINDO, Elizângela Moreira Careta. Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, Locus de Controle e Ansiedade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 1, p.39-46, 2005.
- CORRÊA, Sílvia Saldanha. **A Ética E Sua Aplicabilidade Na Prática Docente**: Ética na docência, 2008. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/10245/1/a-etica-e-sua-aplicabilidade-na-pratica-docente/pagina1.html>>. Acesso em: 19 novembro 2008.
- FERRAZ, Edmundo Machado; ARRUDA, Pedro Carlos Loureiro de; BACELAR, Tércio Souto et al. Tratamento cirúrgico da Obesidade Mórbida. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 30, n. 2, p. 98-105, mar/abr. 2003.
- FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev. Nutr.**, v. 13, n. 1, p. 17-28, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v13n1/7919.pdf>> Acesso em: 16 abril 2009.
- GAMBARDELLA, Ana Maria Dianezi; FRUTUOSO, Maria Fernanda Petrolí; FRANCH, Claudia. Prática alimentar de adolescentes. **Rev. Nutr.**, v. 12, n.1, p. 55-63, 1999. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52731999000100005&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em 14 abril 2009.

GARRIDO JUNIOR, Arthur B. Cirurgia em obesos mórbidos: experiência pessoal. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 44, n.1, p.106-110, 2000.

GARRIDO, Arthur. **O que é obesidade?** Rio de Janeiro: Clínica de Cirurgia da Obesidade Mórbida e Aparelho Digestivo, 2008.

GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem:** os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 338p.

GHISLERI; Daniela Linhares da Silva. **Competência para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar:** contribuições para a enfermagem. 2008. 181f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

GODOY, F.C.et al. Índice de qualidade da dieta de adolescentes residentes no distrito do Butantã, município de São Paulo, Brasil. **Rev. Nutr.**, v. 19, n. 6, p. 663-671, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732006000600003&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 28 março 2009.

GONÇALVES, Clarissa Azevedo. O “peso” de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero. **Mneme – Revista Virtual de Humanidades**, v. 5, n. 11, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://74.125.47.132/search?q=cache:9Vv5bOHjiV0J:www.cerescaico.ufrn.br/mneme/pdf/mneme11/100.pdf+O+%E2%80%9Cpeso%E2%80%9D+de+ser+muito+gordo:+um+estudo+antropol%C3%B3gico+sobre+obesidade+e+g%C3%AAnero.&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-a>> Acesso em: 30 abril 2009.

GUEDES, Dartagnan Pinto; GUEDES, Joana Elisabete Ribeiro Pinto. **Controle do Peso Corporal: composição corporal, atividade física e nutrição.** Londrina: Midiograf, 1998.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002-2003.** Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=278. Acesso em 19 nov. 2008.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY (Usa). **Centers for Disease Control and Prevention:** Overweight and Obesity. Department of Health and Human Services. Disponível em: <<http://www.iotf.org/popout.asp?linkto=http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/>>. Acesso em: 23 out. 2008.

LEAL, Cristiano Waihrich; BALDIN, Nelma. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em clientes com obesidade mórbida. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v.29, n.3, pp. 324-327, 2007. Disponível em: <http://74.125.47.132/search?q=cache:OiRuutfLSbcJ:univille.br/community/mestrado_saude_meio_ambiente/VirtualDisk.html%3Faction%3DdownloadFile%26file%3DLeal%2520Cristiano%2520W.pdf%26current%3D%252FPORTAL%252FDISSERTACOES+O+impacto+emocional+da+cirurgia+bari%C3%A1trica+em+clientes+com+obesidade+m%C3%B3rbida&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-a> Acesso em: 30 maio 2009.

LOYOLA FILHO, Antônio Ignácio de; UCHOA, Elizabeth; GUERRA; Henrique L.; FIRMO, Josélia O. A.; LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Prevalência e valores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, p.55-62, 2002.

MARIATH, Aline Brandão et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 897-905, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400017&tlng=es&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15 maio 2009.

MARTIN, L.M. **O protocolo de pesquisa**. Caderno de ética em pesquisa. Brasília (DF): Comissão Nacional de Ética (CONEP), 2002. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/docs/doc_ref_eticapessq/cadernos_conep_10.pdf. Acesso 09 de nov. 2008.

MENDONÇA, Cristina Pinheiro; ANJOS, Luiz Antonio dos. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 698-709, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300006> Acesso em: 30 maio 2009.

MINELLA, L. S. **Gênero e contracepção: uma perspectiva sociológica**. Florianópolis: UFSC, 2005. 191p.

MOREIRA, Carla. **Definição da Obesidade**, 2008 Disponível em: <<http://www.obesidade.info/obesidade.htm>>. Acesso em: 19 nov 2008.

NAHAS, Markus V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**. 4. ed. Londrina: Midiograf, 2006.

NASCIMENTO, Luciana Maria Pereira do; AMARAL, Renata Moraes; MENEZES, Ruth Losada et al. Percepção da imagem corporal, auto-estima e qualidade de vida em alunos da UNATI/UCG. **Revista Digital EFDeportes**, v. 14, n. 127, 2008. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd127/percepcao-da-imagem-corporal-auto-estima-e-qualidade-de-vida.htm>> Acesso em: 23 maio 2009.

NEGRÃO, Renata de Jesus da Silva; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. **Assistência de Enfermagem no Pós-operatório para Clientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica**. Prática Hospitalar, Ano X, n° 55, São Paulo, SP, jan/fev 2008.

OLIVEIRA, Isabella Vasconcellos de. **Cirurgia Bariátrica no Âmbito do Sistema Único de Saúde: Tendências, Custos e Complicações**. 2007. 89 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Universidade de Brasília, 2007.

OLIVEIRA; Jena Hanay Araujo. **Aspectos psicológicos de obesos de grau III antes de depois da Cirurgia Bariátrica**. Tese (Doutorado) Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2006.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. 6 th ed. St Luis: Mosby Inc, 2001. 542p.

PARIZZI, Márcia Rocha et al. A importância do resgate da percepção da saciedade no tratamento e na prevenção da obesidade da criança e do adolescente. **Textos Científicos Sociedade Mineira de Pediatria**; 2004.

PEDROLO, Flávia Tatiana; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A imagem corporal alterada do laringectomizado: resignação com a condição. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 46, n. 4, p. 407-415, 2000. Disponível em: <http://74.125.47.132/search?q=cache:3vQhGzK8uBEJ:www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/artigo4.pdf+A+imagem+corporal+alterada+do+laringectomizado:+resigna%C3%A7%C3%A3o+com+a+condi%C3%A7%C3%A3o.&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-a> Acesso em: 05 junho 2009.

PERREIRA, Francisca Carla da Silva. **A sexualidade como componente da identidade humana**. Teresina: Universidade de Piauí, 2005.

PUGLIA, Carlos Roberto. Indicações para o tratamento operatório da obesidade mórbida. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 50, n. 2, p. 118-118, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200015> Acesso em: 01 junho 2009.

RANGEL, Mary. A Violência do Estigma e do Preconceito à Luz da Representação Social. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília/DF, 1993. Disponível em: <http://www.polemica.uerj.br/pol25/artigos/lipis_3.pdf> Acesso em: 03 maio 2009.

REBELLO, Lúcia Emilia Figueiredo de Sousa; GOMES, Romeu. Iniciação sexual, masculinidade e saúde: narrativas de homens jovens universitários. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 2, p. 653-660, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000200034&script=sci_arttext> Acesso em: 19 abril 2009.

REPETTO, Giuseppe; KARIN, Jacqueline Rizzolli; MOMBACH, Daniele; CASAGRANDE, Daniela Schaan. **Cirurgia bariátrica: Avaliação, Critérios de Seleção e Comorbidades**. São Paulo: Seguimento clínico, nutricional e Psiquiátrico. 2008

RIBEIRO; Vera Lúcia Pinto. **Obesidade e a função sexual**. O portal dos Psicólogos. Lisboa: Hospital de Sat. Louis, 2008.

ROSADO, Eliane Lopes; MONTEIRO, Josefina Bressan Resende. Obesidade e a substituição de macronutrientes da dieta. **Rev. Nutr.**, v. 14, n. 2, p. 145-152, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732001000200008&script=sci_arttext&tlng=es> Acesso em: 18 maio 2009.

ROSALES, Maria Luisa Crespo; CALA, Silvia Ruiz. **Trastornos de la conducta alimentaria en clientes obesos sometidos a cirugía bariátrica y su papel en el pronóstico posoperatorio**. Vol. 47 n°2. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colômbia, 2006.

ROSSI, Alessandra; MOREIRA, Emília Addison Machado and RAUEN, Michelle Soares. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Rev. Nutr.**, v. 21, n.6, p. 739-748, 2008.

ROTENBERG, Sheila and DE VARGAS, Sonia. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 4, n.1, p. 85-94, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292004000100008&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 05 junho 2009.

SALVE, Mariângela Gagliarde Caro. Obesidade e Peso Corporal: riscos e conseqüências. **Movimento e percepção**, v. 6, n.8, jan/jun, 2006.

SANCHES, Giselle Domingues et al. Cuidados intensivos para clientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 19, n. 2, pp. 205-209, 2007.

SANTOS, Iraci dos; SARAT, Caroline Neris Ferreira. Modalidades de aplicação da Teoria do Autocuidado de Orem em comunicações científicas de enfermagem brasileira. **Rev. enferm. UERJ**, v. 16, n. 3, p. 313-8, 2008.

SCHERER; Lúcia Maria. **Compreendendo mulheres gestantes/puérperas com HIV/AIDS: contribuições para a superação dos déficits de autocuidado**. 2006. 122f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SCHILLING, Flávia; MIYASHIRO, Sandra Galdino. Como incluir? O debate sobre o preconceito e o estigma na atualidade. **Educação e Pesquisa**, v. 34, n. 2, p. 243-254, 2008.

SEBOLD, Luciara Fabiane; RADÜNZ, Vera; ROCHA, Patrícia Kuirten et al. **Proenf: Saúde do Adulto**. 2. ed. Florianópolis: ABEn, 2007.

SILVA, M. Paes et al. Obesidade e qualidade de vida. **Acta Med Port**, v. 19, p.247-250, 2006.

SILVEIRA; Tânia Aguila. **Obesidade mórbida: um estudo sobre as limitações, a auto-imagem e o tratamento cirúrgico**. Franca: UNESP, 2007.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G., e mais 50 colaboradores. **Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. vol. 2.

SOUZA, João Fábio R. de; MARINHO, Carmem L. C.; GUILAM, Maria Cristina R.. Consumo de medicamentos e internet: análise crítica de uma comunidade virtual. **Rev. Assoc. Med. Brás.**, v. 54, pp.225-31, 2008.

SOUZA, L.C.S. **O protocolo de pesquisa**. Caderno de ética em pesquisa. Brasília (DF): Comissão Nacional de Ética (CONEP), 2002.Disponível em:

SUDO, Nara; LUZ, Madel T. O gordo em pauta: representações do *ser gordo* em revistas semanais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 4, p. 1033-1040, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400024&tlng=en&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 25 junho 2009.

TORRES, Gilson de Vasconcelos; DAVIM, Rejane Marie Barbosa; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de Orem: estudo de caso com uma adolescente grávida. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 47-53, abr. 1999.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. Florianópolis: Insular, 2004

WAGNER, Adriana; FALCKE, Denise; MEZA, Eliane Böttcher Duarte. Crenças e valores dos adolescentes acerca de família, casamento, separação e projetos de vida. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.10, n.1, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79721997000100011&script=sci_arttext&tlng=in> Acesso em: 07 maio 2009.

XAVIER; Antônia Tayara da Franca; BITTAR, Daniela Borges; ATAÍDE, Márcia Barroso Camilo de. Crenças no autocuidado em diabetes: Implicações para a prática. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, v.18, n. 1, p.124-30. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CCS-CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Com objetivo de conhecer a história de vida e experiência vivenciada por pessoas com Obesidade Mórbida até o momento da tomada de decisão para realizar a gastroplastia, as acadêmicas de Enfermagem Alixandra Trindade dos Santos, Cíntia Huguen Panata e Janaina Regina Schmitt, sob a orientação da Prof^ª Dr^a Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, estão desenvolvendo uma pesquisa intitulada **A história de vida dos clientes que se submetem a realização da Cirurgia Bariátrica**, que faz parte do Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Trata-se de uma pesquisa convergente assistencial com natureza qualitativa, com uma abordagem do entrevistado, que será desenvolvido no primeiro semestre de 2009. O estudo se concretizará utilizando um roteiro semi-estruturado. Fica **garantido o anonimato** dos participantes. Os procedimentos inerentes à implementação do estudo requerem a sua autorização para gravação das falas em gravador.

Solicitamos sua colaboração participando desta Pesquisa que se desenvolve na Unidade de Clínica Cirúrgica I do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago, vinculado à UFSC, neste 1^a semestre de 2009. Espera-se com esta pesquisa obter **benefícios** para elaborar o Trabalho de Conclusão do Curso atingindo os seus objetivos.

Informamos, ainda, a **garantia** que você terá, de receber respostas a qualquer esclarecimento acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, como também a liberdade em qualquer momento de desistir de sua participação sem qualquer prejuízo no atendimento que vem recebendo nos serviços junto ao HU-UFSC.

Se você tiver alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou não quiser mais fazer parte dela, poderá entrar em contato pelos telefones a seguir: Alixandra T. dos Santos (048) 91163530, Cíntia H. Panata (048) 91439842, Janaina R. Schmitt (048) 96351400 e/ou e-mail:

alixandra.trindade@hotmail.com, ci_hpm@hotmail.com, jana8floripa@hotmail.com.

Consentimento Pós – Informação

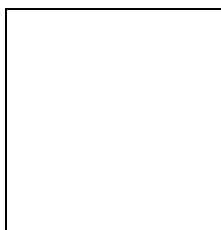
Eu, _____, declaro que fui informado(a) sobre os objetivos, propósitos e procedimentos inerentes a este estudo e que recebi, de forma detalhada, todas as explicações inerentes à confidencialidade das informações e direito de desistir. Estando ciente destas orientações, estou de acordo em participar voluntariamente do estudo proposto e autorizo a gravação das minhas falas.

Nome por extenso: _____

Florianópolis ____ de _____ de 2009.

Assinatura do Participante: _____ RG: _____

ou impressão digital



Obs: Este consentimento terá duas vias: uma ficará com a pesquisadora e outra com o próprio participante.

APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados de Identificação:

Nome

Endereço:

Idade: Sexo: M (☐) F (☐)

Estado Civil: casado(a) (☐) solteiro(a) (☐) Número de filhos: Naturalidade: Procedência:

Escolaridade: Profissão:

Tipo de cirurgia

Condições Socioeconômicas:

Número de pessoas que habitam na casa:

Renda Familiar: Quantos contribuem com a renda:

Praticam algum tipo de Lazer: Sim(☐) Não(☐)

Religião: católico (☐) evangélico (☐) outros (☐)

Condições Ambientais:

Acesso à residência:

Tipo de moradia: madeira (☐) alvenaria (☐) outros (☐)

Sistema de iluminação:

Procedência da água: CASAN (☐) Poço (☐) Outros (☐)

Destino do esgoto:

Coleta de lixo:

Serviço de saúde na proximidade: Unidade de Local de Saúde (☐) Hospital (☐) Clínica Privada (☐)

Outros (☐)

Perguntas:

- 1- Como era constituída sua família e como era sua relação com cada um dos membros?
- 2- Como era seu hábito alimentar na infância, adolescência, e maturidade? Praticava alguma atividade física?
- 3- Tem algum caso na família de Obesidade Mórbida? Sim (☐) Não (☐).
Qual o grau de parentesco dessas pessoas?
- 4- Como você se via/ vê, sentia/sente em cada fase da sua vida?
(infância/ adolescência/ maturidade)
- 5- Quando iniciou com sobrepeso? A partir de que idade seu peso começou a interferir na sua vida? E ao perceber a alteração de peso qual conduta foi tomada?
- 6- No trabalho enfrenta alguma dificuldade ou preconceito?
- 7- Você procura estar presente nas festas? Como você se sente diante de amigos e familiares?
- 8- Como é a relação com seu parceiro?
- 9- Quais são os motivos que levam você a querer realizar a cirurgia? Como foi tomar essa decisão?
- 10- Qual é a sua visão e expectativa para o futuro?

(Adaptado de PADILHA, 1990).